

DECLARACIÓN DE ELECCIÓN DE SERVICIOS/ARREGLOS DE VIVIENDA DEL CONSUMIDOR DE EXENCIÓN DE MEDICAID
DS 2200-SP (Rev. 2/2000) (Electronic Version)

Se ha informado al consumidor, padre/madre/tutor legal, representante legal u otra persona involucrada de las alternativas factibles de servicios disponibles. Se le ha ofrecido al consumidor la opción de recibir dichos servicios en un centro residencial de atención comunitaria, en un entorno de vida en el hogar o en un centro de salud de largo plazo (ICF/DD, ICF/DD-H o ICF/DD-N).

Información de identificación del consumidor/Fecha de elección

Nombre del consumidor	Fecha de elección (fecha en que se completó el formulario)
UCI	Fecha de nacimiento

Elección de servicios/arreglo de vivienda

I. MENORES

El consumidor es menor de edad. La elección de arreglo de vivienda ha sido realizada por el ☐ padre/madre, ☐ tutor legal, o ☐ representante legal según se indica en la Sección III siguiente:

Firma	Fecha
-------	-------

II. ADULTOS

a. El consumidor es mayor de edad y ha elegido el arreglo de vivienda que se indica en la Sección III a continuación:

Firma/marca del cliente ("X")	Fecha	Firma del testigo	Fecha
-------------------------------	-------	-------------------	-------

El consumidor es un adulto pero no está en condiciones de realizar esa elección. La elección del arreglo de vivienda ha sido realizada por:

- b. ☐ El representante legal del consumidor; o, si el cliente no tiene representante legal
- c. ☐ Los padres, familiares u otras personas del consumidor que participen activamente en el desarrollo del plan de atención del consumidor;

Firma	Fecha
-------	-------

III. SERVICIOS/ARREGLO DE VIVIENDA

- A. ☐ Un centro de salud a largo plazo (ICF/DD, ICF/DD-H o ICF/DD-N)
- B. ☐ Un centro residencial de atención comunitaria, o
- C. ☐ Elección del consumidor de un arreglo de vivienda distinto al anterior (especifique): _____

IV. CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EXENCIÓN DE MEDICAMENTOS

- A. ☐ Yo elijo/mi tutor legal/representante elige finalizar mi participación en la exención de Medicaid. Ya que esta es mi elección, no solicitaré una audiencia justa.

Firma	Fecha
-------	-------

V. COMENTARIOS:

INSTRUCCIONES PARA LA EXENCIÓN DE MEDICAID DECLARACIÓN SOBRE ELECCIÓN DE SERVICIOS/ORGANISMO DE VIDA DEL CONSUMIDOR

Según los términos del Programa de Exención de Medicaid del Título XIX, cada consumidor debe ser informado de cualquier servicio alternativo factible bajo la exención y se le debe dar la opción de recibir esos servicios en un centro residencial de atención comunitaria, en un arreglo de vivienda en el hogar o en un centro de salud a largo plazo. Si dichos servicios no se ofrecen o no están disponibles, el consumidor o su representante debe ser informado de su derecho a una audiencia justa.

El formulario DS 2200 de Elección de servicios/arreglo de vivienda del consumidor para la exención de Medicaid se debe completar de la siguiente manera:

Información de identificación del consumidor/Fecha de elección

Ingrese el nombre y apellido del consumidor.

Ingrese la fecha en la que se ofrece la opción, que debe coincidir con la fecha en la que el consumidor se inscribe inicialmente en el programa de exención de Medicaid o la fecha de reinscripción en el programa de exención de Medicaid después de un período de inelegibilidad superior a 120 días.

Introduzca el identificador único del consumidor (UCI).

Introduzca la fecha de nacimiento del consumidor.

Elección de servicios/arreglo de vivienda

Las siguientes personas son responsables de tomar la decisión sobre la elección de servicios y el arreglo de vivienda para la exención de Medicaid. La firma de dichas personas debe ser consistente con las firmas de otros formularios de consentimiento, formularios de divulgación de información, etc. contenidos en el registro del consumidor.

Menores

El padre/madre/tutor legal/representante legal debe hacer la elección marcando la casilla que indica quién hace la elección, firmando y fechando el formulario. Se deben marcar las casillas A, B o C de la Sección III, Servicios/Arreglos de vivienda.

Adultos

- a. El consumidor indica su elección firmando con su nombre o poniendo su marca. La marca del consumidor debe ser testificada. Un representante del equipo interdisciplinario (ID) podrá ser testigo. El formulario de elección debe estar fechado. Se deben marcar las casillas A, B o C de la Sección III, Servicios/Arreglos de vivienda.

O

- b. El consumidor tiene un representante legal. El representante legal deberá realizar la elección marcando la casilla que indica quién realiza la elección, firmando y fechando el formulario. Se deben marcar las casillas A, B o C de la Sección III, Servicios/Arreglos de vivienda.

O

El equipo de identificación

- c. Los padres, familiares u otras personas involucradas en el desarrollo del plan de atención del consumidor que representan al equipo de identificación de aquellos consumidores que no pueden indicar su elección y no tienen un representante legal, deben tomar la decisión marcando la casilla que indica quién hace la elección, firmando y fechando el formulario. Se deben marcar las casillas A, B o C de la Sección III, Servicios/Arreglos de vivienda.

Opción del consumidor de cancelar su inscripción en el programa de exención de HCBS

Si un consumidor de HCBS o su padre/madre, tutor legal o representante desea cancelar voluntariamente su inscripción, el consumidor o su padre/madre, tutor legal o representante debe marcar la casilla y firmar y fechar el formulario para documentar su elección.

Comentarios

Utilice esta sección para proporcionar cualquier aclaración o explicación sobre la elección de servicios/arreglo de vivienda, las firmas o las fechas proporcionadas.

NOTA: En aquellos casos en que no se puedan proporcionar los servicios o la elección del arreglo de vivienda (comunidad o centro de salud), se debe informar al consumidor/padre/madre/tutor legal o representante legal/otra persona involucrada que tiene derecho a una audiencia justa.