



PETE CERVINKA
DIRECTOR EN FUNCIONES

Estado de California—Agencia de Salud y Servicios Humanos
Departamento de Servicios de Desarrollo

1215 O Street, Sacramento, CA 95814

www.dds.ca.gov



GAVIN NEWSOM
GOBERNADOR

**AUDITORÍA DEL
CENTRO REGIONAL FAR NORTHERN
PARA LOS AÑOS FISCALES 2022-23 Y 2023-24**

21 de noviembre de 2024

EQUIPO DDS

Ann Nakamura, Jefa de la Subdivisión de Investigación, Auditoría y Evaluación

Edward Yan, Director de la Sección de Auditoría

Luciah Ellen Nzima, Jefa de la Unidad de Auditoría de Centros Regionales

Dong Le, Supervisor de la Unidad de Auditoría de Centros Regionales

Personal de auditoría: Shoua Vue y Rajiv Raman

ÍNDICE

Página

USO RESTRINGIDO.....	1
RESUMEN EJECUTIVO	1
ANTECEDENTES	2
AUTORIDAD	2
CRITERIOS.....	2
OPINIONES DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES.....	3
CONCLUSIONES.....	3
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	4
EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA	5
APARTADO A.....	6
APARTADO B	17

USO RESTRINGIDO

Este informe de auditoría es exclusivamente para información y uso de DDS, CMS, Departamento de Servicios de Atención de la Salud, y el centro regional. Esta restricción no limita la distribución de este informe de auditoría, que es de dominio público.

RESUMEN EJECUTIVO

El Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) llevó a cabo una auditoría de cumplimiento fiscal del Centro Regional Far Northern (FNRC) para evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley Lanterman de Servicios para Discapacidades del Desarrollo y Leyes Relacionadas/Código de Bienestar e Instituciones (W&I); la Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) para Discapacitados del Desarrollo; el Código de Reglamentos de California (CCR), Título 17; las Circulares A-122 y A-133 de la Oficina Federal de Administración y Presupuesto (OMB); y el contrato con el DDS. En general, la fiscalización indicó que el centro regional mantiene los registros contables y la documentación justificativa de las operaciones de forma organizada.

El periodo de auditoría abarcó desde el 1 de julio de 2022 hasta el 30 de junio de 2024, con un seguimiento, en caso necesario, de periodos anteriores y posteriores. Este informe identifica un área en la que podrían reforzarse los controles administrativos y operativos del centro regional, pero el hallazgo no era de una naturaleza que indicara problemas sistémicos o constituyera preocupaciones importantes con respecto a las operaciones del centro regional.

Conclusión que se ha abordado y corregido:

Conclusión 1: Lapso en la cobertura del seguro de propiedad - FNRC tuvo un lapso en la cobertura del seguro de propiedad para dos de sus edificios ubicados en Chico, California, desde el 1 de abril de 2024 hasta el 26 de junio de 2024.

ANTECEDENTES

DDS y Far Northern Coordinating Council on Developmental Disabilities celebraron el contrato estatal HD199005, en vigor desde el 1 de julio de 2019 hasta el 30 de junio de 2026. Este contrato especifica que Far Northern Coordinating Council on Developmental Disabilities gestionará una agencia conocida como FNRC para prestar servicios a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (IDD) y a sus familias. El contrato se financia con fondos estatales y federales que dependen de que el centro regional realice determinadas tareas, preste servicios a los consumidores que cumplan los requisitos y presente facturas al DDS.

Esta auditoría fue realizada desde el 15 de julio de 2024 hasta el 22 de agosto de 2024 por la Sección de Auditoría del DDS.

AUTORIDAD

La auditoría se llevó a cabo bajo la autoridad del Código W&I, Sección 4780.5 y el Contrato Estatal entre DDS y el centro regional.

CRITERIOS

Para esta auditoría se utilizaron los siguientes criterios:

- Código W&I,
- Solicitud aprobada para la exención HCBS para discapacitados del desarrollo,
- CCR, Título 17,
- Circulares OMB A-122 y A-133, y
- El Contrato Estatal entre el DDS y el centro regional, en vigor desde el 1 de julio de 2019.

OPINIONES DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES

El DDS emitió el borrador del informe de auditoría el 29 de agosto de 2024. Las conclusiones del proyecto de informe de auditoría se debatieron en una conferencia formal de salida celebrada el 23 de octubre de 2024. Las opiniones de los funcionarios responsables se incluyen en este informe final de auditoría.

CONCLUSIONES

Sobre la base de los procedimientos de auditoría realizados, el DDS ha determinado que, salvo los puntos identificados en la sección Conclusiones y recomendaciones, el centro regional cumplía los criterios de auditoría aplicables.

Los costos declarados durante el periodo auditado correspondían a los fines del programa y estaban adecuadamente justificados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusión que se ha abordado y corregido.

Conclusión 1: Falta de cobertura del seguro de propiedad

La revisión de las pólizas de seguro de FNRC reveló un lapso en la cobertura del seguro de propiedad para dos de sus edificios ubicados en Chico, California, desde el 1 de abril de 2024 hasta el 26 de junio de 2024. La FNRC declaró que este lapso se produjo cuando recibió una nota de su proveedor de seguros en la que se le comunicaba que su póliza no se renovaría al no haber abonado la prima. Sin embargo, la FNRC declaró que nunca recibió una factura por la prima y que posteriormente obtuvo cobertura con un proveedor diferente.

El Contrato Estatal, Anexo I, Hacer negocios con el Estado de California, Sección 2 establece:

"CÓDIGO LABORAL/INDEMNIZACIÓN Y SEGURO DE LOS TRABAJADORES: El Contratista deberá mantener una cobertura de seguro durante todo el periodo de vigencia de este contrato que proteja los activos financieros que el Estado le proporcione para cumplir con los términos y obligaciones de este contrato. La cobertura del seguro incluirá, pero no se limitará a: seguro de indemnización de los trabajadores; seguro de automóviles no de su propiedad que incluya daños personales y materiales; seguro de bienes que incluya daños personales, suministros, equipos y otros bienes suministrados o adquiridos en virtud de este contrato o asignables al mismo; seguro de responsabilidad por prácticas de empleo que cubra las quejas por discriminación y otras reclamaciones laborales similares; y seguro de responsabilidad civil de directores, fideicomisarios y funcionarios. El contratista deberá mantener una fianza de fidelidad.

El Contratista notificará inmediatamente al Estado, por escrito, cuando el Contratista no pueda obtener cualquiera de las coberturas de seguro requeridas o cualquiera de las pólizas requeridas sea cancelada. (Código Laboral Sección 3700)"

Recomendación:

FNRC debe garantizar que mantiene una cobertura continua para todos los seguros especificados en el Contrato Estatal.

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA

Como parte del proceso del informe de auditoría, se facilitó al centro regional un borrador del informe de auditoría y se le pidió que diera una respuesta a la constatación. Su respuesta figura en el Apéndice B. La Sección de Auditoría del DDS ha evaluado la respuesta y confirmará que se han adoptado las medidas correctoras adecuadas durante la próxima auditoría programada, salvo que se indique lo contrario.

Conclusión 1: Falta de cobertura del seguro de propiedad

La FNRC reiteró que ni el centro regional ni su corredor de seguros recibieron de su proveedor de seguros una solicitud de pago ni ningún aviso de primas vencidas. Al enterarse de la cancelación de la cobertura, la FNRC declaró que había obtenido cobertura de otro proveedor de seguros y confirmó que no se habían producido pérdidas materiales durante el lapso de cobertura. Además, la FNRC declaró que controlará más de cerca las facturas de los seguros para garantizar los pagos a tiempo y que buscará cobertura de un proveedor alternativo si no se presentan las facturas. El DDS comprende la causa de la interrupción de la cobertura; sin embargo, FNRC debería haber notificado inmediatamente al departamento la cancelación de la póliza, de conformidad con el contrato estatal. El DDS llevará a cabo una revisión de seguimiento durante la próxima auditoría programada para garantizar que FNRC tenga una cobertura de seguro de propiedad continua.

APARTADO A

ALCANCE, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El DDS es responsable, en virtud del Código W&I, de garantizar que las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo reciban los servicios y apoyos que necesitan para llevar una vida más independiente, productiva e integrada. Para garantizar estos servicios y ayudas, el DDS contrata a 21 agencias/corporaciones comunitarias privadas sin ánimo de lucro que ofrecen puntos de contacto fijos en la comunidad para atender a las personas que reúnen los requisitos y a sus familias en California. Estos puntos fijos de contacto se denominan centros regionales. Los centros regionales son responsables, en virtud de la legislación estatal, de ayudar a garantizar que estas personas reciban acceso a los programas y servicios más adecuados para ellas a lo largo de su vida.

El DDS también es responsable de garantizar al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que los servicios facturados en el marco del programa de exención HCBS de California se prestan y que se cumplen los criterios establecidos para recibir fondos. Como parte de la prestación de esta garantía, la Sección de Auditoría realiza auditorías de cumplimiento fiscal de cada centro regional al menos cada dos años y lleva a cabo revisiones de seguimiento en años alternos.

Además de la auditoría de cumplimiento fiscal, cada centro regional también es supervisado por la Sección de Operaciones de Programas Federales del DDS para evaluar el cumplimiento programático general de los requisitos de la exención HCBS. La revisión de la supervisión del cumplimiento de la exención HCBS tiene sus propios criterios y procesos. Estas auditorías y revisiones de programas son una parte esencial de un sistema general de supervisión del DDS que proporciona información sobre las operaciones fiscales, administrativas y de programas de los centros regionales.

Esta auditoría se llevó a cabo como parte del sistema general de supervisión del DDS que proporciona información sobre las operaciones fiscales, administrativas y programáticas de los centros regionales. Los objetivos de esta auditoría eran:

- Determinar el cumplimiento del Código W&I,
- Determinar el cumplimiento de las disposiciones del Programa de exención HCBS para personas con discapacidades del desarrollo,
- Determinar el cumplimiento de la normativa CCR, Título 17,
- Determinar el cumplimiento de las Circulares A-122 y A-133 de la OMB, y
- Determinar que los costos reclamados cumplían las disposiciones del contrato estatal entre el DDS y el centro regional.

La auditoría se llevó a cabo de conformidad con las Normas de Auditoría Gubernamental Generalmente Aceptadas emitidas por el Interventor General de los Estados Unidos. Sin embargo, los procedimientos no constituyen una auditoría de los estados financieros del centro regional. El DDS limitó el alcance a la planificación y

ejecución de los procedimientos de auditoría necesarios para obtener garantías razonables de que el centro regional cumplía los objetivos identificados anteriormente.

La revisión del DDS de la estructura de control interno del centro regional se llevó a cabo para comprender el flujo de transacciones y las políticas y procedimientos, según fuera necesario, para desarrollar procedimientos de auditoría adecuados.

El DDS revisó los informes anuales de auditoría disponibles, realizados por una empresa independiente de auditoría. Esta revisión se llevó a cabo para determinar el impacto, si lo hubiera, sobre la auditoría del DDS y, en caso necesario, desarrollar los procedimientos de auditoría adecuados.

Los procedimientos de auditoría realizados incluyeron los siguientes:

I. Adquisición de servicios

El DDS seleccionó una muestra de reclamaciones de compra de servicios (POS) facturadas al DDS. La muestra incluía servicios al consumidor y tarifas de proveedores. La muestra también incluía a consumidores que cumplían los requisitos para acogerse al Programa de Exención HCBS. Para las reclamaciones POS, se realizaron los siguientes procedimientos:

- El DDS comprobó las partidas de la muestra para determinar si los pagos efectuados a los proveedores de servicios se habían solicitado correctamente y podían justificarse con la documentación adecuada.
- El DDS seleccionó una muestra de facturas de proveedores de servicios con tarifas diarias y por hora, tarifas mensuales estándar y tarifas por Kilometraje para determinar si el centro regional conservaba la documentación justificativa de la asistencia. Se revisaron las tarifas cobradas por los servicios prestados a los consumidores individuales para garantizar el cumplimiento de la disposición del Código W&I; la Exención HCBS para Discapacitados del Desarrollo; CCR, Título 17, Circulares OMB A-122 y A-133; y el Contrato Estatal entre DDS y el centro regional.
- Si correspondía a esta auditoría, el DDS seleccionó una muestra de cuentas fiduciarias de consumidores individuales para determinar si había alguna actividad inusual y si los saldos de alguna cuenta superaban los \$2.000, como prohíbe la Administración de la Seguridad Social. Además, el DDS determinó si algún pago retroactivo de prestaciones de la Seguridad Social recibido superaba el límite de recursos de \$2.000 durante más de nueve meses. El DDS también revisó estas cuentas para garantizar que los intereses devengados se distribuyeran trimestralmente, que los fondos personales e imprevistos se pagaran antes del día 10 de cada mes y que se mantuviera la documentación adecuada para los gastos.

- Si resulta aplicable a esta fiscalización, se comprobó la Cuenta de haberes fiduciarios de clientes, una cuenta utilizada para depositar fondos fiduciarios de consumidores no identificados, con el fin de determinar si los fondos recibidos se identificaban correctamente a un consumidor o se devolvían a la Administración de la Seguridad Social a su debido tiempo. Una entrevista con el personal del centro regional reveló que el centro regional dispone de procedimientos para determinar el destinatario correcto de los fondos fiduciarios de los consumidores no identificados. Si no se puede determinar el beneficiario correcto, los fondos se devuelven a la Administración de la Seguridad Social o a otras fuentes en el momento oportuno.
- Si correspondía a esta auditoría, el DDS seleccionó una muestra de conciliaciones del Sistema Fiscal Uniforme (SAU) para determinar si alguna cuenta estaba desequilibrada o si había partidas pendientes que no se hubieran conciliado.
- El DDS analizó todas las cuentas bancarias para determinar si el DDS tenía autoridad de firma, como exige el Contrato Estatal con el DDS.
- DDS seleccionó una muestra de conciliaciones bancarias para las cuentas de Operaciones (OPS) y las cuentas bancarias de Fideicomiso del Consumidor para determinar si las conciliaciones se completaron correctamente en forma mensual.

II. Operaciones en el centro regional.

DDS seleccionó una muestra de reclamaciones de OPS facturadas a DDS para determinar el cumplimiento del Contrato Estatal. La muestra incluía diversos gastos declarados en concepto de administración que se revisaron para garantizar que el personal contable introducía los datos correctamente, las transacciones se registraban a su debido tiempo y los gastos imputados a diversas áreas operativas eran válidos y razonables. Se realizaron los siguientes procedimientos:

- Se seleccionó una muestra de los expedientes del personal, las hojas de horas, los libros de nóminas y otros documentos justificativos para determinar si había pagos excesivos o errores en las nóminas o en las deducciones de las nóminas.
- Se comprobó una muestra de gastos de OPS, incluidos, entre otros, las compras de material de oficina, los contratos de consultoría, los gastos de seguros y los contratos de arrendamiento, para determinar su conformidad con el CCR, el Título 17 y el Contrato estatal.
- Se seleccionó una muestra de equipos y se inspeccionó físicamente para determinar el cumplimiento de los requisitos del contrato estatal.

- El DDS revisó las políticas y los procedimientos del centro regional para comprobar si cumplían la normativa sobre conflictos de intereses del DDS, y el DDS seleccionó una muestra de expedientes de personal para determinar si se seguían las políticas y los procedimientos.

III. Gestión de casos específicos (TCM) y estudio de tarifas de los centros regionales

El estudio de tarifas TCM determina la tarifa de reembolso de la DDS por parte del gobierno federal. En el estudio se realizaron los siguientes procedimientos:

- El DDS examinó los dos estudios de tarifas de TCM presentados al DDS durante el periodo de auditoría y rastreó la información comunicada hasta los documentos fuente.
- Se lleva a cabo una revisión del Estudio de Tiempo de Gestión de Casos reciente (que debe presentarse cada tres años) si el estudio no se revisó durante la auditoría anterior. El DDS seleccionó una muestra de los formularios de estudio del tiempo de gestión de casos (DS 1916) para su examen y los concilió con las correspondientes hojas de horas de nómina para garantizar que los formularios estaban debidamente cumplimentados y respaldados.

IV. Encuesta sobre la carga de trabajo de los coordinadores de servicios

En virtud de la sección 4640.6(e) del Código de Trabajo e Inmigración, los centros regionales deben facilitar al DDS datos sobre el número de casos de los coordinadores de servicios. De conformidad con el artículo 4640.6(c)(1)(2)(3)(A)(B)(C) del Código W&I, se aplican los siguientes ratios medios de coordinador de servicios a consumidor:

- "(c) Los contratos entre el departamento y los centros regionales requerirán que centros regionales tengan ratios de coordinador de servicios a consumidor, como sigue:
- (1) Una proporción media de coordinador de servicios por consumidor de 1 a 62 para todos los consumidores de que no se hayan trasladado de los centros de desarrollo a la comunidad desde el 14 de abril de 1993. En ningún caso un coordinador de servicios para estos consumidores podrá tener un número de casos asignados superior a 79 consumidores durante más de 60 días.
 - (2) Una proporción media de coordinador de servicios por consumidor de 1 a 45 para todos los consumidores de que hayan pasado de un centro de desarrollo a la comunidad desde el 14 de abril de 1993. En ningún caso un coordinador de servicios para estos

consumidores podrá tener un número de casos asignados superior a 59 consumidores durante más de 60 días.

- (3) Se aplicarán los siguientes ratios coordinador-consumidor:
 - (A) Todos los consumidores inscritos en el programa de Exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad para personas con discapacidades del desarrollo, una proporción media de coordinador de servicios por consumidor de 1 a 62.
 - (B) Todos los consumidores que se hayan trasladado de un centro de desarrollo a la comunidad desde el 14 de abril de 1993 y hayan vivido de forma continuada en la comunidad durante al menos 12 meses, una proporción media de coordinador de servicios por consumidor de 1 a 62.
 - (C) Todos los consumidores que no se hayan trasladado de los centros de desarrollo a la comunidad desde el 14 de abril de 1993, y que no estén descritos en el subapartado (A), una proporción media de coordinador de servicios por consumidor de 1 a 66.
- (4) No obstante lo dispuesto en los apartados (1) a (3), ambos inclusive, una proporción media de coordinador de servicios por consumidor de 1 a 40 para todos los consumidores de cinco años o menos.
- (5) (A) No obstante lo dispuesto en los párrafos (1) a (3), ambos inclusive, la coordinación de servicios mejorada, incluida una proporción de coordinador de servicios a consumidor de 1 a 40, estará disponible para los consumidores identificados con gastos de compra de servicios bajos o nulos, según se identifique en la Ley Presupuestaria anual.
- (6) (A) No obstante lo dispuesto en los apartados (1) a (3), ambos inclusive, una proporción media de coordinador de servicios por consumidor de 1 a 25 para todos los consumidores con necesidades complejas.
- (7) A los efectos del apartado (3), los coordinadores de servicios pueden tener un número de casos mixto de consumidores de tres años de edad o menores, consumidores inscritos en el programa de exención de servicios a domicilio y en la comunidad para personas con discapacidades del desarrollo y otros consumidores si el promedio general de casos se pondera proporcionalmente para garantizar que se cumplen los ratios generales promedio de coordinador de servicios a consumidor del centro regional especificados en el apartado (3). A efectos del apartado (3),

en ningún caso un coordinador de servicios podrá tener asignados más de 84 casos durante más de 60 días."

El DDS también revisó la metodología de la Encuesta de carga de trabajo del coordinador de servicios utilizada para calcular las proporciones de carga de trabajo a fin de determinar si eran razonables y si se mantenía la documentación de apoyo para respaldar la encuesta y las proporciones, según lo exigido por el Código W&I, Sección 4640.6(e).

V. Programa de Intervención Temprana (EIP; Financiación Parte C)

Para el EIP, hay varias secciones contenidas en el Plan de Inicio Temprano. Sin embargo, sólo la sección de la Parte C era aplicable para esta revisión.

VI. Programa de Participación en los Costos Familiares (FCPP)

El FCPP se creó con el fin de evaluar los costos de consumo de los padres en función del nivel de ingresos y de las personas a su cargo. Las evaluaciones de la participación de la familia en los gastos sólo se aplican a los servicios de relevo, guardería y acampada incluidos en el Plan de Programa Individual (IPP)/Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP) del niño. Para determinar si el centro regional cumplía el CCR, Título 17, y el Código W&I, Sección 4783, el DDS realizó los siguientes procedimientos durante la revisión de auditoría:

- Revisó la lista de consumidores que recibieron servicios de relevo, guardería y acampada, para edades de 0 a 17 años que viven con sus padres y no son elegibles para Medi-Cal, para determinar su contribución para el FCPP.
- Revisó la documentación de los ingresos de los padres para verificar su nivel de participación según el baremo del FCPP.
- Se revisaron las copias de las cartas de notificación para comprobar que se notificó a los padres su participación en los costos evaluados en un plazo de 10 días laborables a partir de la recepción de la documentación de los ingresos de los padres.
- Se revisaron los pagos a proveedores para verificar que el centro regional pagaba únicamente la parte del coste que le correspondía.

VII. Cuota anual del programa familiar (AFPF)

La AFPF se creó con el fin de evaluar una cuota anual de hasta \$200 basada en el nivel de ingresos de las familias con hijos de entre 0 y 17 años que reciben servicios que cumplen los requisitos a través del centro regional. No se impondrá ni cobrará la cuota de la AFPF si el niño sólo recibe servicios de relevo, de guardería o de acampada del centro regional y se impuso un coste de

participación a los padres en virtud del FCPP. Para determinar el cumplimiento con el Código W&I, Sección 4785, DDS solicitó una lista de evaluaciones AFPF y verificó lo siguiente:

- La renta familiar bruta ajustada es igual o superior al 400% del nivel federal de pobreza en función del tamaño de la familia.
- El niño tiene una DD o reúne los requisitos para recibir servicios en virtud de la Ley de Servicios de Intervención Temprana de California.
- El menor tiene menos de 18 años y vive con su progenitor.
- El niño o la familia reciben servicios que van más allá de la determinación de la admisibilidad, la evaluación de necesidades y la coordinación de servicios.
- El niño no recibe servicios a través del programa Medi-Cal.
- El centro regional conservaba la documentación justificativa de las evaluaciones reducidas.

VIII. Programa de cuotas parentales (PFP)

El PFP se creó con el fin de prescribir la responsabilidad financiera de los padres de niños menores de 18 años que reciben servicios de atención fuera del hogar las 24 horas del día a través de un centro regional o que residen en un hospital estatal o están de baja en un hospital estatal. Se exigirá a los padres que paguen una cuota en función de su capacidad de pago, pero que no supere (1) el coste de cuidar a un niño sin DD en casa, según determine el Director de la DDS, o (2) el coste de los servicios prestados, si éste es inferior. Para determinar el cumplimiento de la Sección 4784 del Código W&I, el DDS solicitó una lista de las evaluaciones PFP y verificó lo siguiente:

- Identificados todos los niños con DD que reciben los siguientes servicios:
 - (a) Todos los cuidados comunitarios de 24 horas, fuera del hogar, recibidos a través de un centro regional para niños menores de 18 años;
 - (b) atención las 24 horas del día para esos niños menores en hospitales estatales;
 - (c) no obstante, no se podrá determinar la capacidad de pago de los servicios que, en virtud de la legislación estatal o federal, o de ambas, deban prestarse a los niños sin cargo alguno para sus padres.

- Proporcionó al DDS un listado de nuevas colocaciones, casos terminados y fallecimientos de clientes. Dichos listados deberán facilitarse a más tardar el día 20 del mes siguiente al mes en que se haya producido el suceso.
- Informó a los padres de los niños que recibirán servicios de que la DDS está obligada a determinar la capacidad de pago de los padres y a evaluar, facturar y cobrar las cuotas de los padres.
- Proporcionó a los padres un paquete que contenía una carta informativa, una Declaración Financiera Familiar (FFS) y un sobre de devolución en un plazo de 10 días laborables tras la colocación de un hijo menor.
- Proporcionó al DDS una copia de cada carta informativa entregada o enviada a los padres, indicando el destinatario y la fecha de entrega o envío.

IX. Adquisiciones

El proceso de solicitud de propuestas (RFP) se implementó para que los centros regionales describan el proceso de selección de proveedores cuando utilicen el proceso de RFP para abordar las necesidades de servicios a los consumidores. A partir del 1 de enero de 2011, el DDS exige a los centros regionales que documenten sus prácticas de contratación, así como el modo en que se seleccionan los proveedores concretos para prestar servicios a los consumidores. Mediante la aplicación de un proceso de contratación, los centros regionales se asegurarán de que se seleccionan los proveedores de servicios más rentables, entre proveedores de servicios comparables, tal y como exigen la Ley Lanterman y el Contrato Estatal. Para determinar si el centro regional aplicó el proceso de solicitud de propuestas exigido, el DDS llevó a cabo los siguientes procedimientos durante la revisión de auditoría:

- Revisó el proceso de contratación del centro regional para garantizar la existencia de una política de contratación aprobada por el Consejo y verificar que el proceso de solicitud de propuestas garantiza la licitación competitiva, tal y como exige el artículo II del Contrato estatal, en su versión modificada.
- Revisó la política de contratación de la RFP para determinar si los protocolos en vigor incluían los umbrales en dólares aplicables y cumplían el artículo II del Contrato Estatal, en su versión modificada.
- Revisado el proceso de notificación de la RFP para verificar que está abierto al público y se comunica claramente a todos los proveedores. Todas las propuestas presentadas son evaluadas por un equipo de personas para determinar si están debidamente documentadas, registradas y autorizadas por los funcionarios competentes del centro regional. El proceso se revisó para garantizar que el proceso de selección de proveedores es transparente e imparcial y evita la apariencia de

favoritismo. Además, el DDS verificó que se conservaba documentación justificativa del proceso de selección y que, en los casos en que se seleccionaba a un proveedor con una oferta más alta, se conservaba documentación escrita como justificación de dicha selección.

El DDS llevó a cabo los siguientes procedimientos para determinar el cumplimiento de la Contrato estatal:

- Seleccionó una muestra de contratos de Operaciones, Plan de Colocación en la Comunidad (CPP) y POS negociados sujetos a licitación pública para garantizar que el centro regional notificara a la comunidad de proveedores y al público las oportunidades de contratación disponibles.
- Revisó los contratos para asegurarse de que el centro regional disponía de documentación adecuada y detallada sobre el proceso de selección y evaluación de las propuestas de los proveedores y la justificación por escrito de las decisiones finales de selección de proveedores, y de que dichos contratos estaban debidamente firmados y ejecutados por ambas partes contratantes.

Además, la DDS realizó los siguientes procedimientos:

- Determinar el cumplimiento del Código W&I, Sección 4625.5: Se revisó para verificar que el centro regional cuente con una política escrita que exija que la Junta Directiva revise y apruebe cualquiera de sus contratos de doscientos cincuenta mil dólares (\$250,000) o más antes de celebrar un contrato con el proveedor.
- Revisó los contratos de proveedores de Operaciones, Puesta en Marcha y POS de \$250.000 o más aprobados por la Junta del centro regional, para verificar que la inclusión de una disposición para la recuperación justa y equitativa de los fondos para los proveedores que dejan de prestar servicios a los consumidores; verificó que los fondos proporcionados se utilizaron específicamente para establecer servicios nuevos o adicionales a los consumidores, el uso de los fondos es de beneficio directo para los consumidores, y los contratos están respaldados con expectativas de desempeño y resultados suficientemente detallados y medibles.

El proceso anterior se llevó a cabo con el fin de evaluar el actual proceso de RFP y la aprobación de la Junta para los contratos de \$250.000 o más, así como para determinar si el proceso en vigor satisface el Código W&I y los requisitos de los contratos estatales.

X. Tasas medias de los centros estatales/regionales

Las tasas medias de los centros estatales y regionales se aplicaron el 1 de julio de 2008, y modificada el 15 de diciembre de 2011, el 1 de julio de 2016 y el 1 de abril de 2022. Los centros regionales no pueden negociar tarifas superiores a las tarifas medias establecidas para los servicios. A pesar del requisito de la tarifa media, se pueden obtener aumentos de tarifa del DDS en virtud de exenciones de salud y seguridad cuando los centros regionales demuestren que la exención es necesaria para la salud y la seguridad de los consumidores.

Para determinar el cumplimiento de la Ley Lanterman, el DDS llevó a cabo los siguientes procedimientos durante la revisión de auditoría:

- Revisó los archivos de proveedores de muestra para determinar si el centro regional está utilizando proveedores de servicios con los proveedores adecuados y los códigos de servicio correctos, y si está pagando las tarifas contractuales autorizadas y cumpliendo con los requisitos de la tarifa media de la Sección 4691.9 del Código W&I.
- Revisó los contratos de los proveedores para comprobar que el centro regional reembolsa a los proveedores utilizando las tarifas medias autorizadas en los contratos y verificó que las tarifas pagadas representaban la menor de las tarifas medias estatales o del centro regional establecidas después del 30 de junio de 2008. Además, el DDS verificó que los proveedores vendidos antes del 30 de junio de 2008 no recibieran ningún aumento de tarifas no autorizado, excepto en situaciones en las que así lo exigiera la normativa o el DDS concediera exenciones por motivos de salud y seguridad.
- Revisó los contratos de los proveedores para verificar que el centro regional no negociara tarifas con nuevos proveedores de servicios que fueran superiores a la tarifa media del centro regional para el mismo código de servicio y unidad de servicio, o a la tarifa media estatal para el mismo código de servicio y unidad de servicio, la que fuera inferior. El DDS también verificó que las designaciones de las unidades de servicio se ajustaban a las designaciones de los centros regionales existentes o, si no existía ninguna, comprobó que las unidades de servicio se ajustaban a una designación utilizada para calcular la tasa mediana estatal para el mismo código de servicio.

XI. Otras fuentes de financiación del DDS

Los centros regionales pueden recibir otras fuentes de financiación del DDS. El DDS realizó pruebas por muestreo en fuentes identificadas de fondos procedentes del DDS para garantizar que el personal contable del centro regional introducía los datos correctamente y que las transacciones se registraban y reclamaban adecuadamente. Además, se realizaron pruebas

para determinar si los gastos eran razonables y estaban justificados documentalmente. Las fuentes de financiación del DDS identificadas en esta auditoría pueden incluir:

- CPP;
- Parte C - Programa de inicio temprano;
- Centro de recursos familiares
- Abuelo de acogida (FGP);
- Acompañante Senior (SC);
- Autodeterminación;
- Ley de Servicios de Salud Mental; y
- Los cinco primeros.

XII. Revisión de seguimiento de las constataciones de auditorías anteriores del DDS

Como parte esencial del sistema general de supervisión del DDS, se llevó a cabo una revisión de seguimiento de los resultados de auditorías anteriores del DDS, si procedía. El DDS identificó las constataciones de auditorías anteriores y revisó la documentación justificativa para determinar el grado de exhaustividad de la aplicación de las medidas correctoras.

APARTADO B

RESPUESTA DEL FNRC A LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

Para solicitar una copia de la respuesta del centro regional al hallazgo de auditoría, comuníquese con la Sección de Auditoría del DDS al (916) 654-3695.