# Guía para el paciente y la famila

de NC Innovations

Alliance Health

**Oficina Central**
5200 W. Paramount Parkway, Suite 200
Morrisville, NC 27560

**Servicios para miembros y destinatarios: 800-510-9132**

Este manual se encuentra disponible en inglés y en formatos alternativos. Si necesita una versión en letra más grande o tiene capacidad de lectura limitada, llame a Alliance Health al 800-510-9132.
La edición actual de este manual se encuentra disponible en el sitio web de Alliance en AllianceHealthPlan.org.

*Si necesita información en español, llámenos al 800-510-9132.*

Alliance Health presta servicios a los condados
de Cumberland, Durham, Johnston, Harnett, Mecklenburg, Orange y Wake
en Carolina del Norte.

# Mensaje de Rob Robinson
## Director ejecutivo

Bienvenido a NC Innovations. Esta guía está diseñada para brindarle información sobre el programa de exención de NC Innovations que lo ayudará a comprender mejor los servicios y la asistencia que pueden financiarse a través del programa de exención de NC Innovations para servicios basados en el hogar y la comunidad. Alliance Health se compromete a trabajar con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte para prestar servicios de atención a “una persona a la vez” y, de este modo, ayudarle a cumplir sus objetivos de vida.

Le notificaremos cualquier cambio que se produzca en la información de esta guía. Si tiene preguntas o quisiera obtener más información en algún momento acerca de NC Innovations, comuníquese con el gerente de cuidado de Alliance o con cualquier otro integrante del personal de Alliance que aparece en esta guía y en nuestro sitio web en www.AllianceBHC.org. Si no tiene acceso a una computadora, el equipo de atención o cualquier integrante del personal de Alliance podrá asistirlo.

También deseo comunicarles que nos dedicamos a brindar servicios de calidad y contamos con los estándares más altos tanto para los proveedores como para nosotros. Nuestra red de proveedores está comprometida con la calidad y confiamos en que podrá experimentarlo mediante los servicios que reciba. Sin embargo, si no recibe servicios de calidad o si alguna vez recibe servicios de atención al cliente que se encuentren por debajo de la excelencia, nos interesa conocer su opinión. Puede comunicarse con el **Servicios para miembros y destinatarios de manera gratuita al 800-510-9132** y tendrá la opción de hacerlo en forma anónima. Iniciaremos una investigación y lo ayudaremos a resolver su inquietud. Además, sus sugerencias nos ayudarán a mejorar. También comuníquenos cuando se sienta particularmente satisfecho, ya que esto nos permite saber qué les agrada a los pacientes sobre nuestro sistema y sobre nuestros proveedores específicos.

El sistema de Alliance es un sistema exitoso de atención para las personas que buscan servicios financiados con fondos públicos. Alentamos firmemente a nuestros proveedores a utilizar métodos basados en las mejores prácticas que han demostrado producir cambios positivos en la vida de las personas. Las fortalezas, preferencias y necesidades de apoyo de las personas que reciben nuestros servicios se encuentran en el centro de todo lo que hacemos. Esto recibe el nombre de planificación centrada en el individuo y se refiere a la prioridad que se asigna a la persona que recibe los servicios y a sus familiares autoidentificados.

¡Independientemente de cuáles sean sus objetivos en la búsqueda de servicios, le deseamos lo mejor y estamos a su disposición para brindarle apoyo en sus esfuerzos!

Rob Robinson

# Índice


## Sección 1 — 7

### Introducción al programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) y al programa de exención de NC Innovations

- Propósitos y objetivos de NC Innovations
- Elementos de servicios básicos necesarios
- Presupuesto base y presupuesto no base

## Sección 2 — 17

### Cómo acceder y recibir los servicios del programa de exención de NC Innovations

- Solicitud del financiamiento de NC Innovations
- Elegibilidad para NC Innovations
- Evaluación del nivel de atención
- Evaluación de riesgos Supports Intensity Scale (SIS)™
- Priorización y registro de las necesidades no satisfechas

## Sección 3 — 26

### Finalización del Plan de asistencia individual centrado en el individuo y selección de los servicios adecuados para usted

- El proceso de planificación de asistencia individual
- Uso de recursos y selección de los servicios del programa de exención
- Definiciones del servicio de NC Innovations

## Sección 4 — 46

### Aprobación del plan centrado en el individuo/autorización de servicios

- Envío del Plan de apoyo individual a Gestión de la utilización para su aprobación
- Limitaciones del servicio
- Criterios de uso
- Autorización del servicio

## Sección 5 — 51

### Implementación de los servicios

- Red de proveedores de Alliance Health
- Cómo iniciar sus servicios

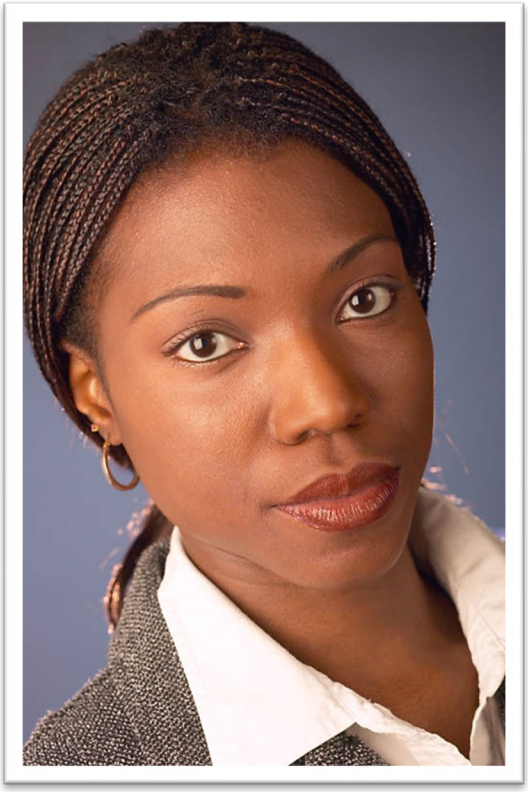
**Sección 6** 54
**Políticas y procedimientos de NC Innovations**

- Monitoreo de servicios por el Asesor integral de servicios
- Utilización mínima de servicios para permanecer en el programa de exención de NC Innovations
- Viajes fuera del estado
- Familiares y tutores legales como proveedores directos de servicios
- Otra información de utilidad

**Sección 7** 64
**Lista de acrónimos y glosario de términos útiles**

**Apéndice A** 73
**Responsabilidades del participante del programa de exención de NC Innovations**

**Apéndice B** 77
**Limitaciones del servicio de NC Innovations**



## Sección 1:

## Introducción al programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) y al programa de exención de NC Innovations

# NC Innovations es un programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

Esta sección de la Guía brinda una explicación de los siguientes aspectos:

Propósitos y objetivos de NC Innovations
Elementos de servicios básicos necesarios
Presupuesto base y presupuesto no base

# Programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

Medicaid es un programa federal diseñado, en principio, para prestar a las personas servicios institucionales y de atención médica. Cuenta con diversas reglas que controlan la manera en que se prestan los servicios. Los “programas de exención” permiten a un estado hacer que ciertas reglas de Medicaid queden “exentas” para que existan más opciones sobre cómo y dónde se proporcionan los servicios.

# NC Innovations

El programa de exención de North Carolina Innovations es un instrumento de asistencia y servicios de financiamiento para las personas con discapacidades intelectuales u otras que se relacionan con el desarrollo, que se encuentran en riesgo de requerir atención institucional en un Centro de atención intermedia para pacientes con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF-IID). NC Innovations está autorizado por el programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) otorgado por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) según la Sección 1915 (c) de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act). Este programa de exención, aprobado y vigente desde el 1 de julio de 2019 por cinco años, se aplica actualmente en conjunto con el programa de exención 1915 (b), el Plan de salud de servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias de Carolina del Norte (North Carolina Mental Health/Developmental Disabilities/Substance Abuse Services Health Plan, NC MH/DD/SAS Health Plan). El Plan de salud NC MH/DD/SAS funciona como un Plan prepago de salud para pacientes internos (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) mediante el cual se autorizan todos los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias para los participantes de Medicaid.

Las Entidades de gestión local/Organizaciones de atención Administrada (Local Management Entities/Managed Care Organizations LME/MCO) son las autoridades locales de Carolina del Norte responsables de ciertas actividades de gestión y supervisión de los servicios de MH/DD/SAS financiados con fondos públicos y considerados los Planes prepagos de salud para pacientes internos (PIHP) para el programa de exención.

CMS aprueba los servicios conforme a lo provisto por NC Innovations, la cantidad de personas que pueden participar cada año y otros aspectos del programa. La división NC de beneficios para la salud (Division of Health Benefits, DHB) puede solicitar una enmienda de la exención con la aprobación de CMS. Los CMS pueden ejercer su autoridad para cancelar el programa de exención cuando consideren que este no se aplica como corresponde.

La División de beneficios para la salud (DHB) de NC, la agencia Estatal de Medicaid, administra el programa de exención de NC Innovations. La DHB contrata al LME/MCO (Plan prepago de salud para pacientes internos) para organizar y gestionar la prestación de servicios, y para llevar a cabo otras funciones operativas de exención según lo dispuesto simultáneamente en

los programas de exención 1915 (b)/(c). La DHB supervisa directamente el programa de exención de NC Innovations, aprueba todas las políticas y los procedimientos que rigen las operaciones de dicho programa y se encarga de garantizar el cumplimiento de todas las garantías del programa de exención de NC Innovations.

### ¿Cuáles son las reglas de Medicaid que quedan "exentas" de NC Innovations?

#### Extensión a nivel estatal

La Ley de Seguridad Social requiere que los servicios de Medicaid se provean a nivel estatal. Este requisito queda exento para que la participación en el programa de exención de NC Innovations se limite a los residentes legales (a los fines de la elegibilidad de Medicaid) de la región del PIHP. Alliance administra el plan PIHP para los residentes de los condados de Cumberland, Durham, Johnston, Harnett, Mecklenburg, Orange y Wake.

#### Servicios comparables

La Ley de Seguridad Social exige que los estados brinden servicios comparables en cuanto a cantidad, alcance y duración a todos los beneficiarios de Medicaid. Este requisito queda exento para que los servicios del programa de exención de NC Innovations puedan ofrecerse solo a las personas que participen del programa de exención de NC Innovations.

#### Estimación de ingresos y recursos

Las reglas de Medicaid exigen que se consideren el ingreso y los recursos de un cónyuge/padre al momento de determinar la elegibilidad para Medicaid de una persona que reside con su cónyuge/padre. A esto se refiere la "estimación" de los ingresos y recursos del beneficiario de Medicaid. El requisito de estimación queda exento con el fin de permitir la elegibilidad para Medicaid de los individuos que participan del programa de exención de NC Innovations para que se consideren del mismo modo que los métodos utilizados para las personas que residen en hogares comunitarios del ICF-IID o en Centros estatales para el desarrollo.

## Propósitos y objetivos de NC Innovations

El programa de exención de NC Innovations está diseñado para proporcionar diversos servicios comunitarios y asistencia para promover las opciones, el control y la integración de la comunidad necesarios desde el punto de vista médico para garantizar la salud y la seguridad. Ofrecen una opción comunitaria como alternativa a la atención institucional para las personas que necesitan un nivel de atención del ICF-IID y que cumplen con los requisitos de elegibilidad adicionales para este programa de exención.

### Los objetivos del programa de exención de NC Innovations son los siguientes:

- Valorar y asistir a los participantes del programa de exención para que sean miembros plenamente funcionales en su comunidad.

- Promover las prácticas prometedoras que producen resultados en la vida real de los participantes.
- Ofrecer opciones de servicios que facilitarán la capacidad de cada participante de vivir en los hogares que elijan, tener un trabajo o comprometerse con actividades determinadas que hayan elegido, y alcanzar sus objetivos en la vida.
- Brindar la oportunidad a todos los participantes de dirigir sus servicios en la medida que ellos decidan.
- Brindar oportunidades educativas y asistencia para fomentar el desarrollo de redes de asistencia natural más sólidas y permitir que los participantes dependan menos de los sistemas formales de asistencia.
- Maximizar la autodeterminación, autodefensa y autosuficiencia de los beneficiarios.
- Aumentar las oportunidades de integración en la comunidad a través de trabajo, formación continua, recreación y socialización.
- Entregar servicios personalizados que aprovechan recursos naturales y de la comunidad.
- Proporcionar servicios de calidad y mejorar los resultados.

## Servicios dirigidos por el proveedor frente a servicios dirigidos por la persona y la familia (Agencia con elección y opciones de Empleador de registro)

Al desarrollar su Plan de asistencia individual (Individual Support Plan, ISP) centrado en el individuo y seleccionar sus servicios, tiene la oportunidad de decidir cómo desea administrar sus servicios. Puede decidir administrar sus servicios de las siguientes tres maneras:

1. Selección de la agencia prestadora para los servicios. Esto se conoce como **Servicios dirigidos por el proveedor**.

### Existen dos opciones para la atención autodirigida:

2. Trabajar con una agencia que acepte contratar empleados remitidos por usted. Esto se conoce como **Servicios dirigidos por la persona y la familia: agencia con opción de selección**. La Agencia con opción conserva la responsabilidad de ser empleador a la vez que le permite participar en la administración de la capacitación y la supervisión del empleado.

3. O, al trabajar con la agencia de servicios de apoyo financiero y un asesor de la comunidad, usted tiene la capacidad para reclutar, contratar, capacitar u organizar la capacitación, programar el trabajo, evaluar e incluso despedir a los empleados de servicio directo. Esto se conoce como **Servicios dirigidos por la persona y la familia: alternativa de empleador de registro.** Usted, como empleador de registro, cumple todos los requisitos para el manejo del personal de atención directa y para completar la documentación necesaria mientras que la agencia de Servicios de apoyo financiero es responsable de la facturación, el pago de salarios y de asegurar que los fondos descritos en el ISP se administren y distribuyan según lo planeado.

Su gerente de cuidado puede brindarle más información para ayudarle a decidir cuál de estas opciones es la más indicada para usted. Un asesor de la comunidad puede proporcionarle capacitación si desea obtener más información sobre las opciones de autodirección de NC Innovations y los requisitos implicados.

Puede acceder al Manual de apoyos dirigidos a individuos y familias de Alliance en AllianceHealthPlan.org/document-library/72957.

# Elementos de servicios básicos necesarios de NC Innovations

Se necesitan los siguientes elementos para participar en la exención de NC Innovations.

## Equipos de atención de Alliance

Un equipo del personal de Alliance formado por profesionales calificados que ofrecen gestión de la atención a través del enfoque de un equipo multidisciplinario será el encargado de manejar sus servicios.

Los asesores de atención empleados por Alliance Health son profesionales calificados (Qualified Professionals, QP) del sistema de acreditación de Carolina del Norte que cuentan con competencias en la planificación centrada en el individuo. Los asesores de atención y los participantes de NC Innovations mantienen un contacto según la frecuencia necesaria, en especial cuando cambian las necesidades. Los participantes de Innovations son responsables de notificar de inmediato al gerente de cuidado si se presenta una situación de emergencia u otra circunstancia que pueda poner en peligro su vida o que requiera un cambio en el ISP centrado en el individuo. También informe a su gerente de cuidado acerca de cualquier modificación en su dirección o información de contacto. Cada miembro que reciba servicios, también tendrá un asesor integral de servicios que monitoreará los servicios recibidos.

**Asesores de atención**

- Son el principal punto de contacto para el miembro.
- Comunican actualizaciones y envían referidos a otros miembros del equipo de atención.
- Identifican y documentan las necesidades de servicios y asistencia.
- Desarrollan el ISP centrado en el individuo con resultados a largo plazo en colaboración con la persona, su familia y otras personas elegidas.
- Garantizan que la agencia prestadora cumpla objetivos a corto plazo de acuerdo con el plan anual.
- Completan el formulario de presupuesto individual.
- Identifican las elecciones y coordinan los servicios.
- Proporcionan información acerca de las opciones autodirigidas.

**Asesores integrales de servicios**

- Mejoran la experiencia de los miembros con los proveedores de la red con el fin de alcanzar el tratamiento identificado y los objetivos de recuperación.
- Monitorean la entrega de los servicios a los miembros y evalúan la satisfacción y el compromiso de los miembros.

**Trabajadores de la salud comunitarios**

- Ayudan a abordar necesidades de servicios sociales no satisfechas (vivienda, alimentos, pago de servicios públicos, empleo e inclusión comunitaria).
- Conectan a los miembros con los recursos comunitarios para satisfacer las necesidades identificadas.
- Asisten con la coordinación de los pagadores de los miembros, resuelven problemas de inscripción de Medicaid y respaldan las actividades de NC SOAR (SSI/SSDI Outreach, Access y Recovery), si corresponde.

**Consultor de salud integral**

- Miembro del equipo médico de Alliance que revisa las necesidades de salud física y consulta con los proveedores de salud física de la comunidad si fuera necesario.
- También puede sugerir equipos o tecnologías que promoverían resultados de salud positivos para el miembro.

## Planificación centrada en el individuo: Plan de asistencia individual (ISP)

El ISP se desarrolla mediante el proceso de planificación centrada en el individuo y está dirigido por el participante y/o la persona legalmente responsable en la medida deseada. La planificación centrada en el individuo se basa en apoyar a los participantes para que logren su propia visión de su vida. Es un proceso para crear vínculos efectivos y colaborativos con los participantes y para trabajar junto a ellos, a fin de crear un plan de trabajo para alcanzar sus objetivos. Un plan centrado en el individuo bien redactado es una herramienta enriquecedora y valiosa que describe las fortalezas, las preferencias, los objetivos y las necesidades de asistencia del participante. Genera acciones, es decir, pasos positivos que el participante y el proveedor de servicios seguirán para concretar los objetivos que sean más importantes en el plan centrado en la persona. Los miembros pueden elegir una planilla del plan para usar de las opciones aprobadas.

El proceso de planificación comienza al evaluar la adecuación de los servicios actuales y la situación de vida del participante en función de lo que es importante a criterio del participante y en beneficio de este. El gerente de cuidado ayuda al participante a programar la reunión e invita a los miembros del equipo a reunirse según la hora y el lugar de preferencia del participante. Cada miembro del equipo recibe una invitación por escrito para asistir a la reunión. El participante y el gerente de cuidado analizan con el equipo todos los problemas que se identificaron durante el proceso de evaluación. La información se organiza de modo tal que permita al participante trabajar con el equipo y mantener un debate abierto sobre los problemas para comenzar la planificación de acciones.

La reunión de planificación también incluye un debate sobre la frecuencia del monitoreo de los servicios, la asistencia y los problemas de salud/seguridad del participante. Durante la reunión de planificación, se toman decisiones respecto de las responsabilidades de los miembros del equipo para implementar y controlar el servicio. Si bien el gerente de cuidado es responsable del control general del ISP y de la situación del participante, también es posible que se asigne la responsabilidad de control al Trabajador de cuidado y otros miembros del equipo, incluidos el participante y su familia u otros miembros de la comunidad que apoyan al participante.

La herramienta de evaluación clínica utilizados para medir las necesidades de asistencia individual se denomina Supports Intensity Scale (SIS)™. La SIS™ es una herramienta específica para determinar el nivel de asistencia que necesita un individuo para la vida diaria, como así también las necesidades médicas y conductuales. También existen preguntas adicionales acerca de los riesgos de seguridad de la comunidad, riesgos extremo de autolesiones o necesidades de cuidado médico extraordinario. La herramienta proporciona una guía en el desarrollo del ISP (plan anual) y es para utilizar durante el proceso de planificación. Nuevamente, el SIS™ es una guía que no establece un límite que pueda solicitarse o autorizarse en un plan de asistencia.

## Servicios de presupuesto base y servicios no base

Todas las personas que reciben financiación de NC Innovations reciben una herramienta de preparación de presupuestos individuales. Esta herramienta es una guía que generalmente refleja la cantidad de servicios de presupuesto base necesarios para apoyar al individuo. Los "servicios de presupuesto complementario" generalmente son servicios preventivos, de equipo o asistencia que están disponibles según la necesidad individual.

**El presupuesto individual no puede superar el límite del costo de exención de Innovations de $135,000 por año.**

| | |
|---|---|
| **Servicios de presupuesto base del programa de exención de NC Innovations** | • Servicios de red comunitaria<br>• Asistencia de día<br>• Asistencia y vida comunitaria<br>• Relevo<br>• Empleo con asistencia |
| **Servicios de presupuesto complementario del programa de exención de NC Innovations**<br>**(No financiado por el presupuesto base)** | • Equipos y suministros de tecnología de asistencia<br>• Asesor de la comunidad<br>• Transición a la comunidad<br>• Servicios de crisis<br>• Servicios de apoyo financiero<br>• Productos y servicios individuales<br>• Modificaciones en el hogar<br>• Educación con apoyo natural<br>• Servicios especializados de consulta<br>• Modificaciones al vehículo<br>• Asistencia residencial<br>• Asistencia para vivienda |

Los participantes pueden solicitar servicios y asistencia que superen el presupuesto base. El gerente de cuidado brindará asistencia con esa solicitud.

* A partir del 1 de mayo de 2020, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid aprobaron una enmienda técnica a la exención de NC Innovations que permite una excepción al límite de $ 135,000 por año de exención. Los beneficiarios de NC Innovations pueden superar el límite de costo de exención de $ 135,000 para garantizar la salud, la seguridad y el bienestar, si se cumplen los siguientes criterios:

- El individuo vive de forma independiente sin su familia en una casa que posee, alquila o alquila, y
- El individuo recibe el nivel de vida con apoyo III, y
- El individuo requiere apoyo las 24 horas.

Las personas que soliciten servicios y apoyos que superen el límite de costo de $135,000 deben realizar esta solicitud a través del plan de apoyo individual o el proceso de actualización del plan. Los servicios y apoyos que excedan los $135,000 deben ser aprobados previamente por Alliance Health y deben estar relacionados con las necesidades del beneficiario y no para la conveniencia de la agencia proveedora o el cuidador.

### Herramienta de preparación de presupuestos individuales

La herramienta de preparación de presupuestos individuales (IBT) es una guía que generalmente refleja la cantidad de servicios de presupuesto base necesarios para apoyar al individuo. La IBT busca la siguiente información:

- Situación de vida: quienes reciben servicios residenciales o asistencia para vivienda y personas que NO reciban servicios residenciales o asistencia para vivienda.
- Edad del individuo: las personas menores de 22 años de edad se consideran menores, y las personas de 22 años y mayores se consideran adultos. Una persona menor de 22 años pasa a la categoría de adulto cuando se gradúa con un diploma de escuela secundaria, completa su Desarrollo de Enseñanza General (GED) o curso de estudio ocupacional.
- La evaluación Supports Intensity Scale (SIS)™ que evalúa el nivel de necesidad. Esta evaluación se aborda con más detalles en la Sección 2.

Según la situación de vida de la persona y la edad, entrará en una de las siguientes cuatro categorías:

- Menor no residente (menor de 22 años que no haya finalizado la escuela secundaria y viva en un hogar privado).
- Menor que vive en una residencia/asistencia de vivienda (menor de 22 años que no ha finalizado la escuela secundaria y vive en un hogar grupal, un ambiente de Hogar de familia alternativa [Family Living, AFL] o un ambiente de asistencia para vivienda).
- Adulto no residente (a partir de 22 años o menor de 22 años con documentación que acredite finalización de escuela secundaria, y que viva en un hogar privado).

- Adulto residente o con asistencia para vivienda (a partir de 22 años, o menor de 22 años con documentación que acredite finalización de escuela secundaria y que viva en un hogar grupal, AFL o ambiente de asistencia para vivienda).

Dentro de cada una de estas cuatro categorías, existen siete niveles de asistencia sobre la base de los niveles de necesidad de las personas reflejadas en su evaluación de (SIS)™. Los siete niveles son descripciones clínicas que representan agrupaciones de individuos que tienen necesidades de asistencia similares. La asistencia de las ADL hace referencia a la cantidad de asistencia que necesita la persona para las actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse, trabajar, realizar actividades recreativas y tareas del hogar.

### Los siete niveles de asistencia

Nivel A: necesidades mínimas de asistencia de ADL.

Nivel B: necesidades moderadas de asistencia de ADL.

Nivel C: necesidades mínimas/moderadas de asistencia de ADL con cobertura de asistencia conductual.

Nivel D: necesidades moderadas/altas de asistencia de ADL.

Nivel E: necesidades altas de asistencia de ADL.

Nivel F: algunas necesidades de asistencia de ADL con cobertura de asistencia médica extraordinaria.

Nivel G: algunas necesidades de asistencia de ADL con cobertura de asistencia conductual extraordinaria.

El Instituto de Investigación de Servicios Humanos (Human Services Research Institute, HSRI) asigna una guía de presupuesto individual mediante el uso de la herramienta de preparación de presupuestos individuales. ¿Cómo ocurre esto?

- La LME/MCO implementa la escala Supports Intensity Scale (SIS)™ para los miembros inscritos en la exención de Innovations.
- La LME/MCO le proporciona al HSRI los puntajes de SIS™.
- El HSRI considera la edad de los individuos, los puntajes de SIS™ y la situación de vida para generar un nivel de asistencia y una IBT (guía de presupuesto base).
- Alliance luego accede a los presupuestos individuales/niveles y redacta cartas para informar a los inscritos acerca de la exención de Innovations de la IBT.

**El presupuesto base individual es una guía.** Todos los servicios cubiertos por la exención de Innovations, incluido el apoyo residencial y asistencia para vivienda, deben solicitarse sobre la base de las necesidades del individuo, independientemente de la guía de presupuesto/IBT de la persona.

Se utilizará la información de la evaluación de SIS™ más reciente para revisar todas las solicitudes de servicios. El miembro o su familia pueden solicitar una nueva evaluación SIS™ en cualquier momento en caso de un cambio sustancial de su condición de vida, o si se cuestiona la precisión del SIS™.

## Documentación y limitaciones del programa de exención

Para acceder utilizar los servicios de NC Innovations, debe presentar cierta documentación. Alliance debe garantizar el uso apropiado de los fondos de NC Innovations y que se cumpla con las reglamentaciones federales y estatales. El programa federal de Medicaid exige que el proveedor presente la documentación apropiada para fundamentar el tipo de servicio, el nivel de servicio (individual o grupal) y la cantidad de servicio (horas) que se reciben. El programa federal de Medicaid espera que los servicios que reciben directamente las personas coincidan con la documentación que refleje estas necesidades.

Los fondos del programa de exención de NC Innovations no pueden utilizarse para servicios ni asistencia para adultos aprobados para el programa de exención de TBI en NC.

También existe un límite en algunos servicios y grupos de servicios (ver el Apéndice B para obtener información adicional sobre las limitaciones del servicio).

## Mejoras y aseguramiento de la calidad

Alliance y el gobierno estatal y federal monitorean el uso de la financiación de la exención para asegurarse de que los participantes estén satisfechos con los servicios y la asistencia que reciben. Alliance, el estado estatal y federal también quieren asegurarse de que dichos servicios ayuden a las personas a progresar con sus objetivos y resultados enumerados en sus Planes de asistencia individual (Individual Support Plans, ISP).

Se solicitará a los participantes del programa de exención, a su familia y/o tutores, participar en los procesos de calidad que se presentan a continuación:

- Visitas de monitoreo del trabajador de cuidado o administrador de cuidado en su domicilio u otro lugar en el que reciba los servicios.
- Encuestas de satisfacción del paciente.
- Evaluaciones sobre los servicios que recibe por parte del Departamento de gestión de la calidad de Alliance.

### Reinscripción en NC Innovations

NC Innovations trabaja según el período anual del programa de exención que comienza el 1 de julio y finaliza el 30 de junio. Si se retira de NC Innovations durante el año del programa de exención, puede volver a inscribirse si lo hace antes de que finalice el período anual actual del programa, siempre que siga reuniendo los requisitos del Programa exención.

Si se retira de NC Innovations y regresa después de que haya finalizado el período anual actual del programa de exención, es posible que no pueda volver a inscribirse en el programa de manera inmediata. Si la financiación no está disponible, se lo incluirá en el Registro de necesidades no satisfechas, también conocido como lista de espera de Innovations.

## Sección 2:

## Cómo acceder y recibir los servicios del programa de exención de NC Innovations

Esta sección de la Guía brinda una explicación de los siguientes aspectos:

Solicitud del financiamiento de NC Innovations

Elegibilidad para NC Innovations

Evaluación del nivel de atención

Evaluación de riesgos Supports Intensity Scale (SIS)™

Priorización y registro de las necesidades no satisfechas

# Solicitud del financiamiento de NC Innovations

Alliance debe primero examinar a la persona y determinar si es elegible para recibir los servicios y/o para incluirse en el Registro de necesidades no satisfechas para recibir el financiamiento de NC Innovations. La selección y la determinación de la elegibilidad comienzan cuando se comunica con el siguiente contacto:

Alliance Health
**Línea gratuita de información y acceso disponible las 24 horas**
**800-510-9132**

Al llamar a este número, se comunicará con un gerente de cuidado al programa de discapacidad intelectual/del desarrollo (Intellectual/Developmental Disabilities, I/DD) que trabajará con usted para reunir la documentación e información necesarias con el fin de determinar si reúne los requisitos para el programa de exención de NC Innovations. *Será necesaria una copia de las últimas pruebas estandarizadas a cargo de un profesional autorizado (psicólogo, técnico en psicología autorizado o médico) para poder establecer la posible elegibilidad.* El gerente de cuidado a servicios de discapacidad intelectual y del desarrollo (I/DD) lo ayudará a reunir documentación y/o a solicitar una derivación a un proveedor de la red de su elección para someterse a las evaluaciones adicionales necesarias y a conectarse con otros servicios o tipos de asistencia disponibles mientras espera ingresar al programa de exención.

# ¿Quién es elegible para NC Innovations?

Los servicios de NC Innovations están cubiertos para los beneficiarios de Medicaid con discapacidades intelectuales o de desarrollo, o ambos, que reúnan **TODOS** los criterios siguientes:

- Requiere nivel de atención ICF-IID.
- Reside en un centro ICF-IID o tiene alto riesgo de ser incluido en un centro ICF-IID.
- Puede mantener su salud, seguridad y bienestar en la comunidad con los servicios de NC Innovations.
- Requiere de los servicios de NC Innovations según se identifiquen a través de un proceso de planificación centrado en la persona.
- Requiere al menos un servicio de NC Innovations programado de forma regular mensualmente (sin incluir el cuidado de relevo).
- La persona elige participar en NC Innovations solo o con su familia o tutor legal en lugar de vivir en una institución.

## ¿Qué es el nivel de atención del ICF-IID?

Para que una persona cumpla con el nivel de atención del Centro de atención intermedia (intermediate care facility, ICF) -IID debe presentar las siguientes condiciones:

- Requiere tratamiento activo de acuerdo con 42 CFR 483.440. El tratamiento activo se refiere a la implementación enérgica y consistente de un programa de servicios

especializados y genéricos de capacitación, tratamiento y salud. El tratamiento activo no incluye el servicio para mantener a personas independientes, en términos generales, que pueden llevar a cabo sus actividades funcionales con una supervisión mínima o sin un programa de tratamiento activo continuo.

**Y**

- Tiene un diagnóstico de discapacidad intelectual (intellectual disability, DI) según el Manual de diagnóstico y estadística sobre trastornos mentales, quinta edición,

**O** una afección estrechamente relacionada con la discapacidad intelectual como se define a continuación:

- La discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por presentar limitaciones considerables tanto en el plano del funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa que se manifiestan a través de las destrezas conceptuales, prácticas y sociales. La discapacidad intelectual se presenta antes de los 18 años de edad.
- Una afección estrechamente relacionada se refiere a aquellas personas que presentan discapacidades graves y crónicas que cumplen con **TODAS** las siguientes condiciones:
  - Es atribuible a la parálisis cerebral o la epilepsia que se presentó antes de los 22 años de edad, **O**
  - Cualquier afección, excepto una enfermedad mental, que esté estrechamente relacionada con la discapacidad intelectual, ya que dicha afección produjo un impedimento del funcionamiento general o de la conducta adaptativa que se asimila al de una persona con una discapacidad intelectual.
- Se manifiesta antes de que la persona cumpla los 22 años de edad.
- Es probable que continúe por un tiempo indefinido.

**Y** produce una limitación funcional considerable en tres o más de las siguientes áreas relacionadas con actividades cotidianas:

- Cuidado personal.
- Comprensión/uso del lenguaje.
- Aprendizaje.
- Movilidad.
- Autodirección.
- Capacidad de vivir de manera independiente.

## ¿Cómo se determina la elegibilidad/nivel de atención para ICF-IID?

- Si solicita el financiamiento del programa de exención de NC Innovations, un psicólogo/técnico en psicología de nuestra red o bien su médico (MD o DO) completará su evaluación de nivel de atención según su discapacidad. Alliance se encargará de las gestiones necesarias para su evaluación, obtendrá la información de evaluaciones anteriores o enviará un formulario para que lo completen estos profesionales.

- Si presenta una discapacidad intelectual o una discapacidad que se relacione con esta, un psicólogo/técnico en psicología completará su evaluación. Se llevará a cabo una evaluación de conducta adaptativa o una prueba del coeficiente intelectual (Intelligence Quotient, IQ) o, si cuenta con una evaluación actual, se la analizará y actualizará de ser necesario.

- En caso de que la afección sea una parálisis cerebral, epilepsia o una afección que esté estrechamente relacionada con una de estas dos discapacidades, se aceptará la documentación por parte de un médico.
- Una vez que el psicólogo o técnico en psicología o su médico hayan establecido la elegibilidad, el departamento de Gestión de la utilización para I/DD de Alliance autorizará la atención. Todos los años, su gerente de cuidado evalúa su nivel de atención y Gestión de la utilización determina si continúa reuniendo los requisitos para el nivel de atención que se requiere para la participación en NC Innovations.

# Supports Intensity Scale (SIS)™

Una vez que la evaluación haya indicado que es elegible para participar en NC Innovations, Alliance coordinará una evaluación de sus necesidades de asistencia mediante la herramienta de escala de intensidad de asistencia Supports Intensity Scale (SIS)™. La SIS™ es una herramienta importante que lo ayuda a usted y al equipo de planificación a identificar los servicios y la asistencia para satisfacer sus necesidades, incluidos los problemas con limitaciones físicas y/o necesidades médicas. La evaluación de la SIS™ es obligatoria para todas las personas que participen del programa de exención de Innovations.

La SIS incluye una entrevista que se centra en su necesidad de recibir asistencia realizada por un evaluador capacitado de SIS™ a usted y a las personas que usted elija y que lo conozcan bien. Estas personas se denominan “encuestados” y pueden ser vecinos, amigos o proveedores que estén bien al tanto de sus destrezas y capacidades, y que lo hayan conocido por al menos tres meses. Es posible que el entrevistador de SIS™ también analice sus registros para obtener más información necesaria para completar la SIS™.

La SIS™ debe completarse cada dos años como mínimo para niños y tres años para adultos mientras se encuentre dentro del programa de exención de NC Innovations. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de los resultados de la evaluación con SIS, comuníquese con su gerente de cuidado. Es posible que se ajusten los resultados en caso de que sienta que sus necesidades de asistencia no fueron captadas en su totalidad por la evaluación. También puede presentar una queja si no está de acuerdo con los resultados de la SIS™. El hecho de que presente una queja formal no le impide defender que sus resultados de la SIS™ sean incorrectos durante una apelación.

### Componentes de la SIS™

La SIS™ es una herramienta de evaluación que se utiliza para medir el nivel de asistencia que una persona necesita para vivir una vida con sentido en la comunidad. Se utiliza para informar la planificación de la asistencia y la asignación de recursos. Se les realizan preguntas a las personas acerca de su nivel de necesidad de asistencia en diversas áreas.

- **La Sección 1 de la SIS™** pregunta acerca de las necesidades de asistencia del individuo para su vida en el hogar, en su comunidad, educación, empleo, salud y seguridad, y actividades sociales.
- **La Sección 2 de la SIS™** pregunta acerca de las necesidades de asistencia del individuo para hablar por él/ella y otros (defensa), manejo del dinero, tomar decisiones y mantenerse seguro.
- **La Sección 3 de la SIS™** pregunta acerca de las necesidades de asistencia del individuo para desafíos médicos y conductuales.

Existen cuatro preguntas complementarias de la SIS™ que ayudan a identificar a las personas con el nivel más alto de necesidades de asistencia médica y/o conductual. Estas preguntas tratan con:

- El riesgo médico grave.
- El riesgo grave de seguridad para la comunidad (condenado).
- El riesgo grave de seguridad para la comunidad (no condenado).
- Riesgo grave de autolesiones.

## Evaluación de las necesidades de asistencia y del riesgo

Su gerente de cuidado completará una evaluación de las necesidades de asistencia y del riesgo. Esta evaluación registra los posibles riesgos y consideraciones de seguridad que pueden incluir ámbitos delicados como las áreas conductuales, médicas y/o de la salud. Además, le permite informar a su equipo acerca de la asistencia relacionada que recibe, como especialistas médicos, fisioterapeutas, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos o psicólogos y la frecuencia de esta asistencia. Además, el gerente de cuidado se asegurará de que estas necesidades/riesgos estén contemplados en su ISP centrado en el individuo y, según sea necesario, en un plan de crisis.

## Priorización y registro de las necesidades no satisfechas

Cuando no haya fondos disponibles para los servicios necesarios de Innovations en el momento de inscripción con Alliance y se determina que la persona es potencialmente elegible para el programa de exención de NC Innovations, la persona pasará a ser parte del Registro de necesidades no satisfechas de su condado de residencia hasta que se disponga de los fondos de financiamiento. Las personas tienen prioridad para el financiamiento según la fecha y hora de su derivación al programa de exención de NC Innovations. Las personas que presenten necesidades de emergencia pueden recibir el financiamiento de capacidad reservada para casos de emergencia, en caso de estar disponible. Si no hay fondos disponibles, se buscarán recursos alternativos para garantizar la salud y la seguridad. Los fondos de la capacidad reservada denominada el Dinero sigue a la persona (Money Follows the Person, MFP) pueden encontrarse a disposición de quienes aún reúnan los requisitos del nivel de atención de ICF y

deseen abandonar los ICF-IDD o Centros de tratamiento residencial psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF) de los centros comunitarios o de desarrollo, y regresar a su comunidad haciendo uso de los servicios financiados por Innovations. Cuando haya fondos de NC Innovations disponibles, se distribuirá según la ubicación geográfica que se basa en la población per cápita de Medicaid en cada condado donde opere NC Innovations. Es importante que mantenga informados a Alliance y al Departamento local de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) acerca de cualquier cambio en su domicilio, dado que lo notificarán por correo postal estadounidense cuando haya fondos disponibles.

### Libre elección

Si decide solicitar los servicios de NC Innovations, significa que está eligiendo estos servicios en lugar de requerir atención en un centro institucional ICF-IID. Revisará y firmará la "Declaración de libre elección" anualmente. Como participante de la exención de NC Innovations, tiene la opción de elegir entre los servicios institucionales de ICF-IID y los servicios de exención de NC Innovations.

### Responsabilidades del participante

Su gerente de cuidado lo ayudará a analizar y firmar el formulario de responsabilidades del participante anualmente. Este formulario detalla las responsabilidades de cada participante así como las políticas importantes del programa de exención de NC Innovations que las personas deben conocer antes de decidir participar en este programa. Su gerente de cuidado analizará el formulario con usted cuando ingrese al programa de exención y cada año en el que siga recibiendo los servicios de este (ver el Apéndice A).

## Solicitud de Medicaid

La elegibilidad para Medicaid es un proceso independiente de la elegibilidad para NC Innovations. Una persona puede ser elegible para recibir el seguro de salud de Medicaid pero puede no serlo para los servicios de NC Innovations. El Departamento de Servicios Sociales (DSS) de su condado es el experto local sobre la elegibilidad para Medicaid. Si usted recibe seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI), recibirá automáticamente Medicaid en Carolina del Norte. Todas las personas que reciban los servicios de NC Innovations deben ser elegibles para Medicaid según lo determinado por el Departamento de Servicios Sociales (DSS) en el condado donde residan. Solo las personas cuyo servicio de Medicaid pertenezca a los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake podrán participar en el programa de exención de NC Innovations administrado por Alliance.

Cumberland County Departamento de Servicios Sociales
1225 Ramsey Street
PO Box 2429 Fayetteville, NC 28302
910-323-1540

Durham County Departamento de Servicios Sociales
414 E. Main Street
PO Box 810 Durham, NC 27702-0810
919-560-8000

Harnett County Departamento de Servicios Sociales
311 Cornelius Harnett Boulevard
Lillington, NC
910-893-7500

Johnston County Departamento de Servicios Sociales
714 North Street
PO Box 911, Smithfield, NC 27577
919-989-5300

Wake County Departamento de Servicios Sociales
220 Swinburne Street
PO Box 46833 Raleigh, NC 27620
919-212-7000

Mecklenburg County Departamento de Servicios Sociales

DSS Main office:
Wallace H. Kuralt Centre
301 Billingsley Road
Charlotte, NC 28211

West Charlotte Location:
Community Resource Center
3205 Freedom Drive
Charlotte, NC 28208

Orange County Departamento de Servicios Sociales
Hillsborough Commons
113 Mayo Street
Hillsborough, NC 27278

## Información que debe saber sobre Medicaid

- Todas las personas que reciben NC Innovations tienen Medicaid, pero no todas las personas con Medicaid participan en NC Innovations.
- Si es necesario, un gerente de cuidado de Alliance le ayudará a realizar una solicitud de Medicaid. Si ya tiene Medicaid, un integrante del personal de Alliance podrá ayudarle a comunicarse con el DSS para informarle sobre su solicitud de NC Innovations.
- Es importante proporcionar al DSS toda la información necesaria para procesar o actualizar su solicitud de Medicaid, y que usted lea y responda todas las cartas que ellos le envían.
- Cuando una persona solicita el Ingreso del Seguro Social (Social Security Income, SSI), dicha solicitud también es una solicitud de Medicaid. El SSI se solicita en las oficinas locales de la oficina de Administración de Seguridad Social.
- Es importante mantener informado al gerente de cuidado sobre cualquier cambio relacionado con su dirección o con los pagos de SSI, ya que estos pueden afectar su

elegibilidad para Medicaid y, por consiguiente, interrumpir sus servicios de NC Innovations.

- Es importante mantener informado al DSS sobre cualquier cambio en su lugar de residencia. Si planea mudarse a un condado fuera del área de captación de Alliance, notifique al Trabajador de caso de Medicaid DSS y su gerente de cuidado de inmediato, de modo que puedan ayudarlo con la transferencia y evitar una interrupción momentánea de los servicios. Los servicios de exención y financiación de Innovations se transfieren dentro del estado de Carolina del Norte desde LME/MCO a LME/MCO en función del condado de Medicaid.

## Deducibles de Medicaid

El deducible de Medicaid (también conocido como “gasto reducido”) es similar a un deducible de un seguro privado. Los deducibles solo se aplican cuando los ingresos de la persona exceden un límite fijado. Es el monto de los gastos médicos de los cuales la persona es responsable antes de que Medicaid comience a pagar los servicios cubiertos.

- A diferencia de los seguros privados, el deducible de Medicaid se basa en el ingreso; y por lo tanto, el monto no es el mismo para todos.
- El DSS le comunicará si tiene un deducible. Si ha recibido una herencia o un monto considerable de dinero, comuníquese de inmediato con el DSS y con su gerente de cuidado para analizar la posibilidad de cambios en el deducible.
- Medicaid no pagará los servicios si una persona se encuentra dentro del estado del deducible.
- En el caso de los participantes del programa de exención de NC Innovations, el deducible se calcula por un período de seis meses y se divide en seis montos de pago mensual.
- El financiamiento de NC Innovations no pagará los servicios cuando Medicaid no se encuentre vigente a raíz de un deducible.

## Alcance del deducible de Medicaid

Si tiene un deducible de Medicaid, su gerente de cuidado puede ayudarlo a planificar los pasos para alcanzar su deducible todos los meses. No recibirá la cobertura de Medicaid para los servicios de Innovations hasta que alcance el monto del deducible de Medicaid. El deducible de Medicaid se alcanza al sumar costos médicos. Los pagos de atención médica, suministros, medicamentos recetados y servicios pueden aplicarse a su deducible. Se aprobará su acceso a los servicios de Medicaid cuando sus facturas sumen el monto del deducible. El DSS debe recibir las copias de las facturas utilizadas para alcanzar el deducible antes de aprobar su cobertura de Medicaid.

Algunas personas alcanzan su deducible al comprar los medicamentos a principios de mes. Otras personas deciden que se los facturen y se los paguen los primeros días del servicio de NC Innovations mediante una agencia prestadora. Si elige esta opción, recuerde que debe pagar los servicios que recibe a la agencia prestadora antes de que comience su cobertura de Medicaid. Si no paga las facturas de estos servicios, la agencia prestadora puede interrumpirlos.

## Copagos

Cierta cobertura de Medicaid o quienes tengan múltiples pólizas de seguro como Medicaid y Medicare Parte D requieren un copago por parte del abonado a Medicaid. Las visitas a médicos, dentistas y optometristas, como también los medicamentos recetados, son ejemplos de los servicios que pueden requerir un copago.

- Si recibe Medicare y no cuenta con una cobertura de fármacos recetados, debe solicitar información a su gerente de cuidado sobre la cobertura de fármacos recetados de Medicare.
- Como participante de NC Innovations, también queda exento del límite de ocho recetas al mes, a menos que también reciba Medicare.
- Si la agencia prestadora o la farmacia no están al tanto de la exención, debe recomendarle a la agencia que se comunique con Alliance o consulte la Política de cobertura clínica en farmacias de Medicaid.

Si tiene preguntas respecto de sus copagos, comuníquese con DSS.

## Seguro de salud privado (incluido Medicare)

Las reglamentaciones federales exigen que Medicaid sea el “último recurso” responsable del pago. Esto significa que las compañías de seguros externas, entre las que se encuentran Medicare y las compañías de seguro de salud privadas, deben pagar antes de que lo haga Medicaid. Si el pago de un servicio por parte de Medicaid es superior al pago que cubrirá la compañía de seguros externa, Medicaid se hará cargo de la diferencia hasta el monto de pago de Medicaid. Si el pago del seguro supera el monto de pago de Medicaid, Medicaid no se hará cargo del pago de montos adicionales.

Medicaid rechaza los pagos para los participantes que son elegibles para Medicare pero que no han solicitado Medicare.

Si Medicare y/o el plan privado cubren y pagan el servicio de un proveedor, pero no se cumplen ciertos requisitos del plan, Medicaid no se hará cargo del pago de dicho servicio. **Debe informar al DSS, a Medicaid, a su gerente de cuidado y a su agencia prestadora si cuenta con alguna cobertura de Medicare o seguro privado.** Si no informa a estas personas/agencias acerca de su seguro privado o si no colabora de manera alguna en el cumplimiento de cualquier requisito del plan privado, será responsable del pago del servicio. Entre estos se incluyen los servicios cubiertos por NC Innovations.

## Sección 3:

## Finalización del Plan de asistencia individual centrado en el individuo y selección de los servicios adecuados para usted

Esta sección de la Guía brinda una explicación de los siguientes aspectos:

El proceso de planificación de asistencia individual

Uso de recursos y selección de los servicios del programa de exención

Definiciones del servicio de NC Innovations

# Finalización del Plan de asistencia individual (ISP) centrado en el individuo

Una vez que haya solicitado el servicio de NC Innovations, completado las evaluaciones, cumplido con los requisitos de elegibilidad, recibido una vacante disponible y se lo haya autorizado para recibir Medicaid, su gerente de cuidado realizará lo siguiente:

- Recopilará y organizará la información para usted y su equipo de planificación.
- Le preguntará a usted, a su familia y a la persona legalmente responsable, si corresponde, a quién desean incorporar en su equipo de planificación y qué rol desea tener en la reunión de planificación.
- Documentará los resultados de la reunión de planificación, incluido el desarrollo de su ISP.
- Le explicará los diferentes servicios y trabajará con usted para desarrollar su plan según los servicios que desee.

### Su ISP debe:

- Presentar los detalles suficientes para que una persona nueva en su vida pueda comprender sus necesidades.
- Identificar el asistencia natural, no pagado y comunitario que pueda ayudarle a satisfacer sus necesidades.
- Reflejar el tipo, la duración y la cantidad de servicio que desea.
- Documentar de manera clara la **necesidad médica** para los servicios que necesita (el tratamiento necesario desde el punto de vista médico se explica en la página 40).
- Incluir un cronograma que indique las ocasiones en las que necesita asistencia y los tipos de asistencia que necesita en diferentes momentos del día.
- Asistir a las personas de su vida cotidiana para que comprendan sus objetivos, preferencias y necesidades de asistencia.
- Ayudar a identificar y contemplar los riesgos que se presentan.
- Reflejar las decisiones que toma.
- Respetar tanto a usted como a las personas que lo apoyan.
- Hacerse entender fácilmente mediante el uso del lenguaje cotidiano.
- Asistir a las personas que lo apoyan para que encuentren fácilmente la información.
- Identificar la manera en que se prestarán los servicios auxiliares de emergencias durante ausencias o vacantes del personal de apoyo.

# Uso de recursos y selección de los servicios del programa de exención

## Naturales/No remuneradas/Asistencia comunitaria

Al desarrollar el ISP, recuerde que NC Innovations no pretende reemplazar ni duplicar los servicios y recursos que ya se encuentren a su disposición. Por ejemplo, si ha visitado a su abuela una tarde al mes mientras sus padres asistían a una reunión, no necesitará recibir un servicio en lugar de esta visita. La asistencia natural constituye una parte importante de la vida de todas las personas y los servicios del programa de exención no están diseñados para reemplazarla.

Las próximas páginas de esta Guía proporcionarán información sobre los servicios de NC Innovations para que pueda trabajar con su equipo y elegir aquellos que se adaptarán mejor para satisfacer sus necesidades.

Los Servicios de NC Innovations tienen por objetivo permitirle seguir viviendo y participando como un miembro activo de su comunidad. Es importante comprender que existe una variedad de limitaciones y restricciones especiales en los servicios. Deberá analizar con su gerente de cuidado cada servicio que necesita utilizar. Puede solicitar los servicios que quiera, en la cantidad y con la duración que quiera solicitarlos. Como participante del programa de exención de Innovations, usted tiene derecho a un proceso debido para apelar cualquier rechazo o reducción de solicitudes de servicio. Consulte la página 43 en relación con el proceso de rechazo y apelación.

## Limitaciones y reglamentaciones

El total de los Servicios base y de “Complementos” no puede exceder el límite del costo del programa de exención de $135,000 por año.

Si un servicio de Medicaid u otro disponible cubre sus necesidades, en lugar de un servicio de NC Innovations, debe utilizarse el otro servicio. No se pagarán los servicios de participantes que sean pacientes de un hospital, centro de enfermería o ICF-IID o de quienes se encuentren encarcelados en un establecimiento penitenciario.

## Responsabilidades del proveedor

- La necesidad de servicios no puede determinarse según la necesidad de un proveedor o un empleado de recibir un porcentaje de reembolso específico.
- Es posible que los proveedores no le cobren a usted o a su familia ningún pago adicional por servicios y/o equipos que se han facturado a Medicaid. Esto se aplica a todos los servicios y equipos de NC Innovations y a aquellos servicios y equipos regulares de Medicaid.
- Ni usted ni su familia pueden pagar parte del costo de los servicios o equipos, o para modificaciones de la vivienda o vehículo.

- Los proveedores no pueden solicitarle firmar un acuerdo que establezca que no cambiará de agencia prestadora como condición para brindarle los servicios.

## Servicios individuales y grupales

Para los servicios que tengan una opción grupal, se espera que el participante reciba los servicios grupales, a menos que exista una justificación en el ISP que indique que los servicios individuales son necesarios para satisfacer las necesidades de discapacidad específicas del participante. En ciertos lugares, como en los programas de día o posescolares, recibirá por lo general servicios grupales. Si se aprueban servicios individuales, se espera que usted y su equipo continúen evaluando si algunas o todas las horas de servicio pueden cambiarse al servicio grupal a medida que usted adquiera independencia. Su equipo de planificación enviará información en su ISP y otros documentos tales como documentación médica o plan de asistencia conductual para reflejar la necesidad de servicios individuales. La asistencia individualizada en el contexto de un establecimiento, como asistencia diaria, debe tener el respaldo de documentación detallada de las necesidades de la persona. Las circunstancias que respaldan los servicios individuales incluyen la desestabilización de la conducta o psiquiátrica, problemas/necesidad médica u otras circunstancias infrecuentes y excepcionales. La asistencia diaria individual relacionada con las necesidades de asistencia médica/conductual/física requerirán de registros conductuales y documentación complementaria en el ISP que respalde la necesidad de servicios individuales como la opción más adecuada.

## Servicios para participantes de NC Innovations en edad escolar (de 3 a 21 años)

Las regulaciones federales prohíben el uso de los servicios de NC Innovations para reemplazar los servicios de educación financiados por la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA).

La siguiente política se aplica a personas en edad escolar de 3 a 21 años:

- Los servicios de NC Innovations se ofrecen fuera del horario escolar y se definen como las horas documentadas del sistema escolar del grado al que el niño asistiría.
- El relevo puede utilizarse durante las horas escolares por enfermedad, lesiones o cuando se suspende o expulsa a un alumno, pero no incluye el transporte desde/hacia el establecimiento escolar.
- La familia de un niño escolarizado en el hogar debe presentar una copia del programa y el certificado de escolarización en el hogar al gerente de cuidado. Si la familia no presenta el programa y el certificado de escolarización en el hogar, se implementará el programa del sistema escolar local. El programa de escolarización en el hogar debe coincidir estrechamente con el programa escolar de base del niño. Los servicios de exención de Innovations no pueden utilizarse en lugar de los servicios disponibles para un niño según la Ley de Educación para Personas con Discapacidades o Ley de Rehabilitación de 1973.Se aplicará el programa del Plan de Educación Individual para niños confinados en el hogar.
- Los estudiantes **pueden** recibir los servicios de NC Innovations fuera del programa documentado de escolarización, de escolarización en el hogar o para niños confinados en el hogar.

- Los resultados educativos no pueden financiarse mediante NC Innovations.
- Los contratos y garantías extendidas de servicios y mantenimiento, y los equipos o suministros adquiridos para el uso exclusivo en la escuela/escolarización en el hogar no están cubiertos.
- El sistema escolar es responsable del transporte hacia y desde el establecimiento escolar y no pueden utilizarse fondos de Innovations para tal fin.
- Los niños y adolescentes de 3 a 21 años que residan en el hogar pueden recibir servicios por hasta 54 horas a la semana mientras la escuela se encuentra en período de clases, y hasta 84 horas a la semana cuando no se encuentra en período de clase.
- Las personas de 3 a 21 años que reciben asistencia residencial deberán recibir hasta 20 horas a la semana de servicios programados permitidos cuando la escuela se encuentra en período de clases y hasta 40 horas a la semana cuando no se encuentra en período de clase.
- El estado garantiza que los servicios prevocacionales, educativos o laborales compatibles o una combinación de estos, si se proporcionan como servicios de habilitación de conformidad con la exención:
    - no están disponibles de otro modo para el individuo a través de una agencia educativa local según la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA) o la Ley de Rehabilitación de 1973; y
    - están contemplados como parte de los servicios de habilitación ampliados. Consulte los límites en la determinación de los servicios en el Apéndice B.

## Programa de selección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

El Programa de selección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) es parte del Programa de salud integral del niño de Medicaid para menores de 21 años. El EPSDT está autorizado por la Ley de Medicaid e incluye servicios preventivos y de selección para niños, como servicios dentales, de la visión y de la audición. La Ley exige que se brinde a los beneficiarios de EPSDT cualquier servicio de atención médica necesario desde el punto de vista médico, incluido en la Ley, aun si el Plan estatal de Medicaid no cubre dichos servicios. Su gerente de cuidado puede brindarle información adicional sobre el EPSDT.

### Criterios de EPSDT

- El servicio debe estar dentro del alcance de aquellos que se encuentran en la Ley del Seguro Social (Código de los Estados Unidos [United States Code, USC], Título 42, Sección 1396d(a)). Para los fines del Programa de exención de Innovations, esto significa que la Guía comunitaria, la Red comunitaria, la Transición a la comunidad, los Servicios de crisis, el Apoyo financiero, la Asistencia de día, la Asistencia residencial, la Asistencia en el empleo, las Modificaciones en el hogar, la Asistencia intensiva en el hogar, la Formación de destrezas en el hogar, algunos Productos y servicios individuales, el Relevo, los Servicios especializados de consulta y las Modificaciones al vehículo no están cubiertos según el beneficio de EPSDT.

- El servicio debe ser necesario desde el punto de vista médico para corregir o aliviar un defecto, una enfermedad mental o física, o una afección diagnosticada por el médico, el terapeuta u otro médico matriculado que atienda al niño.
- El servicio solicitado debe ser un servicio médico.
- El servicio debe ser seguro.
- El servicio debe ser efectivo.
- El servicio debe estar reconocido en general como un método aceptado de una práctica o un tratamiento médicos.
- El servicio no debe ser un servicio experimental o de investigación. Esto, en general, significa que los ensayos clínicos no están cubiertos por el beneficio de EPSDT.

Para obtener más información sobre el beneficio de EPSDT, llame a la línea gratuita de información y acceso de **Alliance, disponible las 24 horas, al 800-510-91321** o hable con su proveedor de atención médica.

## Equipos y suministros

Si necesita un equipo o suministros, debe comunicarse con su gerente de cuidado para recibir asistencia. Es importante recordar que los fondos de NC Innovations no pueden utilizarse para pagar equipos o suministros que estén cubiertos por su seguro de salud privado, Medicare o plan estatal de Medicaid. Comuníquese con su seguro o gerente de cuidado antes de adquirir el equipo dado que las compañías de seguros privadas, Medicare y Medicaid tienen procesos de aprobación específicos, proveedores y limitaciones de servicio que deben respetarse.

Su gerente de cuidado podrá ayudarle a solicitar equipos y suministros de NC Innovations de acuerdo con los equipos y suministros de tecnología de asistencia, su proveedor de seguros, Medicare o la División de beneficios para la salud. Si rechazan la solicitud, su gerente de cuidado o el asesor de la comunidad lo ayudarán a buscar otros recursos de financiamiento para los equipos o suministros que necesite. Debido que lleva mucho tiempo obtener las evaluaciones y otra información necesaria para la aprobación, debe informar sus necesidades a su gerente de cuidado lo antes posible para que se incluyan los artículos necesarios en el ISP y se obtenga la documentación correspondiente.
Las solicitudes de tecnología de asistencia y suministros requieren la aprobación de Gestión de la utilización de Alliance. Una vez obtenida la aprobación, Alliance realizará el pedido de equipos y/o suministros.

NC Innovations no podrá pagar ningún artículo obtenido con anterioridad a la aprobación de Gestión de la utilización de Alliance. La tecnología de asistencia, equipos y suministros, y las modificaciones del hogar tienen un límite combinado total de $50,000 durante la existencia de la exención.

Si necesita un artículo que no está cubierto por su seguro privado, Medicaid, NC Innovations o el Programa de selección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT), su gerente de cuidado puede derivarlo al Asesor de la comunidad para ayudarle a buscar otros recursos de financiamiento posibles como fundaciones privadas, iglesias, organizaciones cívicas u otros recursos comunitarios.

## Pasos para obtener equipos y suministros

1. Analice sus necesidades con el gerente de cuidado y el equipo de planificación.
2. En su equipo, identifique el especialista que debe evaluar más detenidamente sus necesidades de equipos.
3. Participe en la evaluación.
4. Trabaje con su gerente de cuidado para obtener una declaración de necesidad médica por parte del médico para obtener los equipos o suministros específicos recomendados.
5. Trabaje con su gerente de cuidado para determinar un recurso de financiamiento posible para los equipos o suministros.
6. Trabaje con su gerente de cuidado para enviar la solicitud y la documentación requerida a su compañía de seguros, Medicare, Medicaid o NC Innovations.
7. Participe en la capacitación para aprender a usar sus nuevos equipos o suministros.
8. Manténgase en contacto con su gerente de cuidado y trabaje junto a él para obtener cualquier tipo de información solicitada por el recurso de financiamiento del equipo o suministro consistente con las definiciones del servicio de NC Innovations.

## Ubicación de los servicios

Por lo general, los servicios financiados por NC Innovations se prestan en ubicaciones que se adapten mejor a sus necesidades individuales. Sin embargo, existen servicios que deben prestarse en ciertas ubicaciones o con un tipo de autorización específico. Consulte la definición del servicio en la Política de cobertura clínica 8P de DHB NC para obtener información específica sobre ciertas limitaciones de la ubicación donde pueden prestarse los beneficios.

Si considera que existe una razón única por la que debe recibir servicios en el hogar de un empleado de servicio directo, la agencia prestadora debe completar un formulario de justificación/lista de verificación de salud y seguridad. Se le solicitará firmar esta lista de verificación.

Los únicos servicios que pueden proporcionarse en el hogar de un empleado de servicio directo son la asistencia y vida comunitaria y los servicios de relevo. En ciertas ocasiones, el hogar de su empleado de servicio directo debe estar autorizado para que pueda recibir allí los servicios de relevo.

## Servicios en centros residenciales

- Si recibe servicios financiados por NC Innovations y vive en un centro autorizado, solo debe vivir en un centro residencial que brinde servicio a cuatro residentes o menos.
- Los servicios de NC Innovations no se prestan en los centros residenciales ICF-IID.
- Las instalaciones residenciales deben contar con la autorización del proveedor de asistencia residencial, a menos que presten servicios solo a un adulto en carácter de Hogar de familia alternativa (AFL) sin autorización.
- Todos los centros residenciales para niños deben contar con una licencia.

### Requisitos del personal que presta servicios de exención de NC Innovations

El programa de exención de NC Innovations y la Política de cobertura médica 8P de DHB NC identifican requisitos del proveedor para cada Servicio de NC Innovations. Para todos los servicios, los empleados de servicios directos deben tener al menos 18 años de edad y deben tener al menos un diploma de escuela secundaria o equivalente.

# Definiciones de servicios

Las definiciones del servicio de NC Innovations, incluidos los requisitos del proveedor y las limitaciones, se incluyen en el programa de exención y en la Política de cobertura médica 8P de DHB NC. Puede encontrar enlaces a estos documentos en el sitio web de Alliance en AllianceHealthPlan.org. La información que aquí se incluye es un resumen de cada servicio de NC Innovations y su especificación como servicio “base” o “presupuesto no base”. Esta sección no incluye las definiciones completas del servicio y no reemplaza a la política.

Si tiene preguntas sobre un servicio, su gerente de cuidado también podrá brindarle información adicional al respecto. Si usted autodirige sus servicios, su asesor de la comunidad puede proporcionar una copia de las definiciones del servicio sobre aquellos que autodirige.

Todos los servicios requieren aprobación previa y pueden requerir documentación y/o evaluaciones adicionales. Su gerente de cuidado lo asistirá en este proceso.

### Equipo y suministros de tecnología de asistencia (presupuesto no base)

Los equipos y suministros de tecnología de asistencia son necesarios para el correcto funcionamiento de los artículos y sistemas, ya sean adquiridos a efectos comerciales, modificados o personalizados, que se utilizan para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de los participantes. Este servicio cubre las compras, el arrendamiento con derecho a compra, los costos de envío y, de ser necesario, la reparación del equipo con el objetivo de permitir a los participantes aumentar, mantener y mejorar su capacidad funcional para realizar las tareas cotidianas que no sería posible de otra manera. Todos los artículos deben cumplir con los estándares de fabricación diseño e instalación.

El ISP indica claramente un plan para capacitar al participante, al sistema de asistencia natural y al cuidador pago sobre el uso de los equipos y suministros solicitados. Se obtiene una recomendación por escrito de un profesional pertinente para garantizar que el equipo satisfaga las necesidades del participante. Deberá incluirse la firma de un médico por separado que certifique la necesidad médica con la solicitud escrita del equipo y suministros de tecnología de asistencia cuando otro profesional (PhD, terapista ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) complete la carta de necesidad médica ya sea en una carta separada de cierre en una carta de necesidad médica preparada por el profesional y una receta médica. Cuando el médico, asistente médico, personal de enfermería o médico de medicina osteopática escriben la carta de necesidad médica, no se necesita una receta aparte. El equipo no se puede adquirir antes de que se apruebe el artículo.

El equipo y los suministros de tecnología de asistencia pueden utilizarse para el costo del monitoreo mensual. Los sistemas de monitoreo que utilizan video, cámaras web u otra tecnología están disponibles de forma individual pero solo con el consentimiento total de la persona y su tutor, según lo indique el plan de atención del individuo. Puede utilizarse para escritorios de computadora adaptados y otros muebles adaptados únicamente, y no puede utilizarse para usar para otros muebles no adaptados. Es posible acceder al equipo y a los suministros de tecnología de asistencia para las personas que reciben asistencia residencial cuando el elemento pertenece a la persona y puede moverse a otro lugar con el individuo. Los elementos utilizados como restricciones no están cubiertos en la exención.

Los equipos y suministros de tecnología auxiliar y las modificaciones en el hogar están limitados a un total combinado de $50,000 durante la vigencia de la exención.

### Asesor de la comunidad (presupuesto no base)

El objetivo de los servicios del asesor de la comunidad es promover la autodeterminación, apoyar al individuo en las decisiones de su vida, proporcionar asesoramiento e identificar oportunidades para formar parte de la comunidad. El asesor de la comunidad brinda asistencia a los participantes y a los equipos de planificación en el desarrollo de conexiones y redes sociales dentro de las comunidades locales. Los servicios del asesor de la comunidad también enfatizan, promueven y coordinan el uso de recursos generales para abordar las necesidades de la persona, además de los servicios pagos. El asesor de la comunidad tendrá una sesión informativa anual sobre la autodeterminación y la autodirección. Los individuos y las personas responsables legales tienen la opción de rechazar este requisito.

Estos servicios también respaldan a los individuos, representantes y empleadores gerenciales al proporcionar asistencia a quienes dirigen sus propios servicios de exención. Es obligatorio el registro del asesor de la comunidad para todos los empleadores hasta que se demuestre la competencia en la dirección del servicio. Los servicios del asesor de la comunidad pueden ser intermitentes y se retirarán de manera progresiva mientras se desarrollan las relaciones en la comunidad y aumentan las destrezas en la dirección del individuo. Los asesores de la comunidad asisten y apoyan (más que dirigir y gestionar) al individuo a lo largo del proceso de prestación de servicios. Los servicios del asesor de la comunidad tienen como fin mejorar, y no reemplazar, los recursos naturales y comunitarios existentes.

Si el individuo requiere asistencia paga para participar una vez que participa en la actividad, la red comunitaria es el servicio adecuado a utilizar para referir y vincular al individuo.

### Red comunitaria: Servicio (servicio de presupuesto base); Clase y conferencia (servicio de presupuesto no base, servicio de presupuesto base)

Los servicios de la red comunitaria proporcionan actividades individuales durante el día que apoyan lo que el participante define como un día significativo en un entorno comunitario integrado con personas que no tienen discapacidades. Este servicio se proporciona por separado y fuera de la residencia privada del participante, de otro arreglo de hogar residencial y/o del hogar de un proveedor de servicios. Estos servicios no se prestan en centros autorizados y tienen como fin ofrecer una oportunidad al participante para que desarrolle relaciones comunitarias significativas con personas sin discapacidades. Los servicios están diseñados para promover la máxima participación de la vida en una comunidad mientras se

desarrolla la asistencia natural dentro de entornos integrados. Los servicios de la red comunitaria permiten al participante aumentar o mantener su capacidad de independencia y desarrollar roles sociales valorados por los miembros de la comunidad sin discapacidades.

El objetivo final de los servicios de NC Innovations es que las personas aprendan a ser más independientes y dependan menos de los servicios; por lo tanto, son esenciales las evaluaciones permanentes del aprendizaje y la adquisición de destrezas para determinar la necesidad de un servicio continuo. Las horas de servicio pueden ir reduciéndose de manera progresiva mientras los participantes adquieren destrezas y aumentan sus conexiones en la comunidad, según lo determinado por el paciente, los familiares y los proveedores. Sin embargo, no es necesario un plan formal de retiro progresivo del servicio.

Este servicio cubre la asistencia del personal necesaria para permitir la participación máxima en la comunidad, pero no cubre costos de campamento no integrado o cuidado de niños. El servicio no cubre clases que el individuo decida tomar y que impliquen la integración en la comunidad con individuos que no tengas discapacidades.

La red comunitaria también incluye empleo comunitario integrado enfocado en el desarrollo de aptitudes que incluyen la exploración, el descubrimiento y la planificación profesional, la participación en talleres y clases sobre temas relacionados con el empleo integrado, actividades enfocadas en la educación y las aptitudes, oportunidades de voluntariado, redes sociales y aptitudes para la sociabilización para obtener o mantener un empleo comunitario integrado.

### Transición a la comunidad (presupuesto no base)

La transición a la comunidad proporciona los gastos de preparación iniciales para facilitar la transición de los adultos de un Centro para el desarrollo (o institución), hogares comunitarios de ICF-IID, centros de enfermería u otro arreglo de hogar autorizado (arreglo de hogar comunitario, hogar sustituto, centro de tratamiento residencial psiquiátrico, hogar de familia alternativa o un hogar de familia/ vivienda de familia alternativa de una persona sola) a un arreglo de hogar en el que el individuo sea directamente responsable de sus propios gastos cotidianos. Este servicio puede proporcionarse solo en un hogar o departamento privado con un contrato de locación en nombre del participante, tutor legal o representante o en un hogar que sea propiedad del participante.

Se incluye la coordinación de la atención/gestión de la atenciónprevia a la transición. La transición a la comunidad no incluye gastos mensuales de renta/hipoteca; gastos de servicios públicos regulares ni artefactos del hogar o elementos de entretenimiento/recreativos como televisores, computadoras, tablets, etc. Este servicio solo está disponible una vez durante la validez de la exención con un límite por validez de la exención de $5000 por individuo.

### Servicios de crisis (presupuesto no base)

La asistencia en casos de crisis proporciona la intervención y la estabilización para los individuos que experimentan una crisis. La asistencia en casos de crisis es para los individuos que experimentan crisis agudas y que presentan una amenaza para la salud o la seguridad de la persona o de otros. Estos tipos de conductas pueden dar como resultado que la persona pierda su hogar, trabajo o acceso a las actividades y participación en la comunidad. La

asistencia en casos de crisis promueve la prevención de las crisis y la asistencia para estabilizar al individuo cuando ocurre una crisis conductual.

Los servicios de crisis son intervenciones inmediatas que están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para apoyar a la persona que sea la principal responsable del cuidado del participante. Los servicios de crisis se brindan para intentar prevenir la necesidad de atención en un centro institucional o la hospitalización psiquiátrica. Se puede autorizar por teléfono cuando se lo necesite o puede planearse junto al ISP para cumplir con las necesidades del participante. Tras la autorización del servicio, cualquier modificación necesaria en el ISP y el presupuesto individual será efectiva dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de autorización verbal del servicio.

**Intervención en caso de crisis y asistencia para la estabilización**

El personal capacitado en competencias de servicios de crisis está disponible para brindar servicios de crisis de “respuesta inicial” a los individuos que apoyan en caso de producirse una crisis.

- Evaluar la naturaleza de la crisis para determinar si la situación puede estabilizarse en la ubicación actual o si es necesaria una intervención de un nivel más alto.
- Determinar y contactar a agencias necesarias para asegurar el nivel de intervención más alto o servicios fuera del hogar.
- Proporcionar dirección al personal presente en la crisis o proporcionar intervención directa para controlar la conducta o proteger a otras personas que vivan con el individuo durante los episodios conductuales o médicos.
- Contactar al gerente de cuidado dentro de las 48 horas después de la intervención para coordinar una reunión del equipo de tratamiento para el individuo y/o proporcionar dirección a los proveedores de servicios que pueden ser de apoyo para el individuo en la programación durante el día y el contexto de la comunidad, como intervención directa para controlar la conducta o proteger a otros durante los episodios conductuales. Esto puede incluir la mejora del personal proporcionada por un QP para proporcionar una persona adicional en los contextos donde el participante pueda recibir otros servicios.

**Crisis fuera del hogar**

Este es un servicio a corto plazo para un individuo que atraviese una crisis y que requiera de un período de programas y/o asistencia estructuradas. Este servicio se proporciona en un centro autorizado. El servicio para casos de crisis fuera del hogar puede utilizarse cuando no es posible apoyar de manera segura a un individuo en el hogar debido a la conducta del participante y al fracaso de la implementación de intervenciones conductuales formales para estabilizar la conducta, y otros enfoques para garantizar la salud y seguridad. Además, el servicio puede utilizarse como una estadía de relevo planeado para los participantes de la exención que han aumentado sus necesidades conductuales. Los servicios de crisis fuera del hogar están autorizados en incrementos de hasta 30 días calendario.

**Consulta en caso de crisis**

La consulta en caso de crisis es para individuos que tienen conductas importantes, intensivas o desafiantes que han causado o tienen el potencial de causar una situación de crisis. La consulta es proporcionada por personal que cumple con los requisitos mínimos de un profesional calificado, con experiencia en situaciones de crisis. El personal sin licencia debe

cumplir con los requisitos de competencia centrales que se describen en la exención y las actividades realizadas por personal sin licencia deben ser supervisadas por personal con licencia con experiencia en la atención de individuos con IDD y necesidades de salud conductual.

### Asistencia y vida comunitaria (servicio de presupuesto base)

Este es un servicio individualizado que permite que el beneficiario de la exención viva de manera satisfactoria en su propio hogar, el hogar de su familia o asistencia natural, y pueda ser un miembro activo de su comunidad. Un paraprofesional asiste a la persona para que aprenda nuevas destrezas y/o la apoya en las actividades individualizadas y que se ajustan a las preferencias de la persona. El resultado previsto del servicio es aumentar o mantener las destrezas habituales de la persona o proporcionar la supervisión necesaria para empoderar a la persona para que viva en el hogar de su familia o asistencia natural, maximizar su autosuficiencia, aumentar su autodeterminación y mejorar la oportunidad de la persona para ser un miembro pleno en su comunidad.

- Permite que la persona aprenda nuevas destrezas, practique y/o mejore sus destrezas existentes. Las áreas de adquisición de destrezas son la vida interpersonal e independiente, vida en la comunidad, cuidado personal y autodeterminación.
- Proporciona supervisión y asistencia para que la persona complete una actividad según su nivel de independencia. Las áreas de apoyo consisten en la asistencia para monitorear una enfermedad, afección nutricional o física, supervisión incidental, destrezas de la vida diaria, participación en la comunidad y destrezas interpersonales.
- Proporciona asistencia técnica para la asistencia no paga que vive en la casa del individuo para asistirlo a mantener las destrezas que ha aprendido. Esta asistencia puede ser solicitada por la asistencia no paga o sugerida por el equipo de planificación de asistencia del individuo y debe ser una decisión colaborativa. La asistencia técnica es incidental a la provisión de la asistencia y vida comunitaria.
- La asistencia y vida comunitaria (necesidades excepcionales) se utilizan para satisfacer situaciones excepcionales a corto plazo que requieran servicios más allá de 12 horas al día. El ISP documenta la asistencia excepcional necesaria basada en el SIS™ u otras evaluaciones que explican la naturaleza del problema y la intervención prevista. Se requiere un plan para que el individuo haga una transición a la asistencia sostenible.

  El plan puede documentar el uso de tecnología de asistencia o modificaciones del hogar para reducir la cantidad de asistencia para los problemas conductuales y/o seguridad. Los problemas médicos, conductuales y asistencia requieren documentación de cuándo se espera que se resuelva la situación, evaluaciones necesarias como asistencia para resolver problemas y otras opciones de servicio exploradas. El EPSDT y otros servicios del plan estatal adecuado siempre deben utilizarse antes de proporcionar los servicios de exención. Todas las solicitudes de asistencia y vida comunitaria requieren la aprobación previa del LME/MCO.

## Asistencia de día individual, grupal, día de desarrollo (servicio de presupuesto base)

La asistencia de día es un servicio grupal que se origina en un establecimiento que proporciona asistencia al individuo con adquisición, retención o mejora en la socialización y destrezas de la vida diaria y es una opción para un día significativo.

La asistencia de día generalmente se proporciona en un contexto grupal. A menos que se cumplan y documenten los siguientes criterios, el grupo de asistencia de día debe ser el servicio buscado. La asistencia de día individual está disponible para cumplir necesidades específicas y bien documentadas de la persona que no pueden proporcionarse en el grupo. Estas circunstancias pueden incluir la provisión de asistencia individual debido a la desestabilización conductual o psiquiátrica, problemas/necesidad médica u otras circunstancias infrecuentes y excepcionales. La asistencia de día relacionada con las necesidades de asistencia médica/de comportamiento/física deben requerir registros médicos o conductuales de respaldo y documentación en el ISP para apoyar la necesidad de los servicios individuales como la opción más adecuada.

Para los individuos en edad laboral (mayores de 16 años) que no estén trabajando también en un empleo integrado competitivo, la asistencia de día puede incluir exploración profesional y laboral a través de oportunidades educativas y experimentales diseñadas para identificar los intereses específicos y aptitudes de la persona para el trabajo pago, incluidas la experiencia y las destrezas transferibles a un empleo integrado competitivo. Por lo general, también incluye recorridos de negocios, entrevistas informales y observación laboral, relacionados con los intereses, las experiencias y/o las destrezas identificadas de la persona, a fin de explorar las oportunidades potenciales para el empleo integrado competitivo en el área local de la persona. Para los individuos mayores, la asistencia de día proporciona un programa de servicio de día estructurado y asistencia con la supervisión del personal de enfermería en un programa de atención de día.

Además, los servicios de salud de día para adultos son similares a los programas de atención de día para adultos en que proporcionan un programa organizado de servicios durante el día en un contexto grupal de la comunidad para apoyar la independencia personal de los adultos mayores y promover su bienestar social, físico y emocional.

“En establecimientos” significa que los individuos que reciben estos servicios a menudo se encuentran en un centro de un proveedor de asistencia de día aprobado que atiende a personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo. Los individuos que reciben asistencia de día solo tienen que asistir al establecimiento de asistencia de día una vez a la semana y, por lo tanto, suelen estar en la comunidad con personas sin discapacidades intelectuales y del desarrollo. Los costos del transporte desde y hacia el establecimiento, para los individuos que no van a la escuela, deben ser proporcionados por el programa de asistencia de día y el tiempo de transporte adicional ya está incluido en la tasa del servicio (los tiempos de transporte no son unidades de servicio facturables). El transporte desde y hacia el establecimiento escolar no está incluido para las personas elegibles para los servicios educativos según la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades.

El Día de desarrollo se proporciona en establecimientos de atención de día con niños que no tienen discapacidades intelectuales o del desarrollo. Para los individuos mayores, la asistencia

de día proporciona un programa de servicio de día estructurado y asistencia con la supervisión del personal de enfermería en un programa de atención de día. Además, los servicios de salud de día para adultos son similares a los programas de atención de día para adultos en que proporcionan un programa organizado de servicios durante el día en un contexto grupal de la comunidad para apoyar la independencia personal de los adultos mayores y promover su bienestar social, físico y emocional. El Día de desarrollo es un servicio que proporciona programación de habilitación individual en un centro de atención pediátrica aprobado. Está diseñado para cumplir con las necesidades de desarrollo del niño en un contexto inclusivo para promover la adquisición de destrezas en áreas tales como la autoayuda, las destrezas de motricidad fina y gruesa, las aptitudes cognitivas y sociales a fin de facilitar su funcionamiento en un ambiente menos restrictivo. Para los individuos que son elegibles para los servicios educativos según la Ley de Educación para Individuos con Discapacidad, la asistencia de día será el pagador de último recurso para el día de desarrollo.

La asistencia de día enfatiza la inclusión y la independencia con un enfoque en permitir que los individuos adquieran o mantengan su máxima autosuficiencia, aumentar la autodeterminación y optimizar la oportunidad de la persona para tener un día significativo. La asistencia de día individual está disponible para cumplir necesidades específicas y bien documentadas de la persona Estas circunstancias pueden incluir la provisión de asistencia individual debido a la desestabilización conductual o psiquiátrica, problemas/necesidad médica u otras circunstancias infrecuentes y excepcionales.

## Modificaciones del hogar (presupuesto no base)

Las modificaciones en el hogar son reformas físicas de una residencia privada necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del participante o para mejorar el nivel de independencia de este. Una residencia privada es un hogar propiedad del participante o su familia (familia natural, adoptiva o sustituta). El participante que viva en una residencia arrendada por él o su familia puede comprar artículos portátiles para utilizarlos. Este servicio cubre las compras, la instalación, el mantenimiento y, de ser necesario, la reparación de la vivienda con el objetivo de permitir a los participantes aumentar, mantener y mejorar su capacidad funcional para realizar las tareas cotidianas que no sería posible de otra manera. Se obtiene una recomendación por escrito de un profesional pertinente para garantizar que el equipo satisfaga las necesidades del participante. La solicitud por escrito del servicio de modificaciones en el hogar debe estar acompañada de la firma de un médico que certifique la necesidad médica de dicha solicitud. Las modificaciones en el hogar no están disponibles para individuos que reciben asistencia residencial.

Los artículos que no constituyan un beneficio directo o terapéutico para el participante se excluyen de este servicio. Se excluyen las adaptaciones que agregan capacidad a los pies cuadrados totales de la casa, excepto cuando sea necesario para completar la adaptación (es decir, mejorar la entrada/salida de la residencia para construir un baño con capacidad para ingresar una silla de ruedas). También se excluyen los aires centrales, gasoductos generales, piscinas, Jacuzzis, cercas, contratos de servicio y mantenimiento y garantías extendidas, y cualquier elemento utilizado como restricción.

La reparación del equipo está cubierta para los artículos comprados a través del programa de exención o comprados antes de participar en dicho programa, siempre que el artículo pueda identificarse dentro de la definición de este servicio y que el costo de reparación no exceda el

costo de la compra del reemplazo de un nuevo equipo. El participante del programa de exención, o su familia, debe ser dueño de los equipos que deben reparase. La modificación solicitada debe ser aprobada previamente antes de que se adquiera la modificación en el hogar o antes de que se modifique el hogar. Una vez aprobada, la modificación debe llevarse a cabo en función de lo que se presentó para aprobación. Todo cambio realizado a la modificación o al costo de esta requiere aprobación previa.

Usted o su familia no pueden pagar la diferencia o compartir el costo de los servicios de modificación del hogar que han sido autorizados o pagados por la exención de Innovations.

### Bienes y servicios individuales (presupuesto no base)

Los productos y servicios individuales son servicios, equipos o suministros que, en otros casos, no se incluyen en este programa de exención ni en el Plan estatal de Medicaid, y que se enfocan en una necesidad identificada en el ISP (incluidos el mantenimiento y la mejora de oportunidades para que los participantes actúen como miembros plenos de la comunidad) y que cumplen los siguientes requisitos:

- el artículo o servicio reduciría la necesidad de obtener otros servicios de Medicaid; **Y/O**
- promueve la inclusión en la comunidad; **Y/O**
- aumenta la seguridad de la persona en el entorno del hogar; **Y**
- la persona no cuenta con los fondos para comprar el artículo o servicio.
- **Este servicio solo está disponible para los individuos que manejan de forma independiente al menos uno de sus servicios.**

### Educación con asistencia natural: Individual; Conferencia (presupuesto no base)

La Educación con asistencia natural brinda capacitación a la red de asistencia natural de las familias y del participante para mejorar la capacidad de toma de decisiones de esta red, ofrecer orientación sobre la naturaleza y el impacto de las discapacidades intelectuales y del desarrollo en el participante y, finalmente, brindar educación y capacitación sobre intervención/estrategias y sobre el uso de equipos y suministros especializados. La educación y capacitación solicitada debe presentar resultados que se relacionen directamente con las necesidades de los participantes o con la capacidad de la red de apoyo natural para brindar atención y apoyo al participante. Además de la educación de apoyo natural individualizada, el cuidador principal reembolsará el costo de inscripción y de los materiales relacionados con la asistencia a conferencias y clases. El resultado deseado de esta capacitación es que el participante desarrolle y cuente con un mayor acceso a la comunidad al consolidar su red de apoyo natural. La solicitud debe ser aprobada previamente antes de que se paguen costos de inscripción para asistir a una clase o una conferencia.

El servicio no incluye transporte, alojamiento y comidas, y no está disponible para los familiares y redes de asistencia natural cuando dichos miembros estén empleados para proporcionar supervisión y atención a los miembros.

## Asistencia residencial (presupuesto no base)

La asistencia residencial está compuesta de una variedad integrada de servicios de apoyo, supervisión y actividades de capacitación diseñadas de manera individual e incluir:

- Servicios de habilitación que apuntan a brindar asistencia para que el participante adquiera, mejore o retenga habilidades de autoayuda, de mantenimiento general del hogar y preparación de los alimentos, de administración de las finanzas personales, de socialización y otras áreas de adaptación. Los resultados de la capacitación se centran en permitir al participante mejorar su capacidad para vivir de la manera más independiente posible dentro de la comunidad.
- Asistencia en actividades de la vida cotidiana cuando el participante depende de los demás para garantizar la salud y la seguridad.
- Asistencia, apoyo, supervisión y monitoreo que permiten a las personas participar de la vida dentro del hogar o de las actividades comunitarias. Se incluyen los gastos de traslado de ida y vuelta a la residencia y los puntos de traslado dentro de la comunidad siempre que no se cubran por otros recursos de financiamiento.

El apoyo residencial se proporciona en un entorno residencial comunitario con autorización/sin autorización. La capacidad de un centro desarrollado recientemente es de cuatro camas o menos. La capacidad de los centros residenciales existentes es de seis camas. No obstante, las instalaciones que posean más de seis camas y que fueron amparadas por el programa de exención, durante la transición del PIHP de CAP-I/DD a NC Innovations, pueden seguir recibiendo la Asistencia residencial.

La asistencia residencial también puede proporcionarse en un contexto de Hogar de familia alternativa (AFL). El sitio debe ser la residencia principal del proveedor AFL (pueden ser personas solteras o parejas) que recibe un reembolso por el costo de atención. Estos sitios deben contar con autorización cuando brinden asistencia a uno o más menores, o bien a más de un adulto. Todos los AFL se evaluarán mediante una lista de control de AFL para observar cuestiones relacionadas con la salud y seguridad. Los proveedores de asistencia residencial de hogares de familia alternativa deben limitarse a tres camas o menos.

La asistencia residencial se brinda en un entorno residencial autorizado que demuestre un carácter hogareño y comunitario. Un entorno hogareño y comunitario se caracteriza por presentar el entorno de un hogar; es decir, ofrece instalaciones típicas de un hogar como una cocina con un espacio para cocinar y un pequeño comedor, permite tener privacidad y recibir visitas en horarios oportunos para la persona y brinda un fácil acceso a los recursos y actividades dentro de la comunidad. Los hogares comunitarios deben estar ubicados en vecindarios residenciales de la comunidad. Las comidas se sirven de un modo familiar y las personas acceden a las actividades comunitarias, los empleos, las escuelas o los programas de día. Cada instalación debe garantizar a cada persona el derecho de vivir de la manera más normal posible mientras reciben la atención y el tratamiento. Cada LME/MCO monitoreará el carácter hogareño y comunitario mediante un monitoreo continuo. Los trabajador de cuidado o administrador de cuidado monitorearán el carácter hogareño y comunitario del hogar durante el proceso de monitoreo del administración de cuidados. Los resultados del monitoreo se informarán al LME/MCO y la DHB. Los proveedores que no se encuentren dentro de los límites del cumplimiento reciben un plazo para revertir esta situación.

- Los asesores de atención seguirán ofreciendo a los participantes la opción de elegir instalaciones más pequeñas.
- Los asesores de la comunidad ayudan a los participantes en la transición hacia sus propios hogares.
- Las tarifas diarias del apoyo residencial incluyen los pagos del personal de socorro que brinda apoyo al participante en el hogar comunitario o en el hogar de familia alternativa.
- El proveedor de apoyo residencial es responsable del traslado de ida y vuelta de un programa de día autorizado.

### Vivienda comunitaria (presupuesto no base)

La vivienda comunitaria proporciona una asociación flexible que permite que una persona viva en su hogar con el apoyo de una agencia que proporciona asistencia individualizada en un hogar que está bajo control y responsabilidad de la persona. El servicio incluye asistencia directa según sea necesario con actividades de la vida diaria, quehaceres domésticos esenciales para la salud y la seguridad del individuo, administración del presupuesto, asistencia a las citas y construcción de aptitudes interpersonales y sociales para permitir que el individuo viva en un hogar en la comunidad. Pueden proporcionarse actividades de capacitación, supervisión y asistencia para permitir que la persona participe en la vida del hogar o actividades de la comunidad. Otras actividades incluyen asistencia para el monitoreo del estado físico y de la salud, el traslado, la capacidad de caminar y el uso de dispositivos de movilidad especiales. El transporte es un componente inclusivo de la asistencia para vivienda para alcanzar metas y objetivos relacionados con estas actividades, con la excepción del transporte desde y hacia los servicios médicos cubiertos a través del Plan estatal de Medicaid.

Este servicio es diferente de la asistencia residencial en que proporciona una variedad de arreglos para la vivienda para los individuos que eligen vivir en su propio hogar en lugar de un hogar de un proveedor. El propio hogar de una persona se define como el lugar donde vive la persona y en la que la persona tiene toda la propiedad o derechos de arrendamiento según la ley. Este hogar debe tener una dirección separada de cualquier otra residencia ubicada en la misma propiedad. Las personas que viven en un lugar con asistencia para vivienda deberán elegir quiénes viven con ellas, participar en la selección de personal de atención directa y participar en el desarrollo de roles y responsabilidades del personal. Las personas que reciben asistencia para vivienda tienen el derecho de administrar fondos personales como se especifica en el ISP. Se establece y firma un acuerdo formal de compañeros de cuarto, independiente del acuerdo de arrendamiento de propietarios, para los individuos cuyos nombres estén en el arrendamiento. La asistencia para vivienda puede ser un servicio autodirigido.

### Relevo (servicio de presupuesto base)

Los servicios de relevo brindan apoyo constante y alivio al (los) cuidador(es) principal(es) de la responsabilidad y estrés producto de cuidar a una persona. Este servicio permite al cuidador principal reunirse o participar en eventos planificados o de emergencia y poder planear tiempo personal y/o para su familia. El relevo puede incluir servicios tanto dentro como fuera del hogar, incluida la atención nocturna, durante los fines de semana y en casos de emergencia (basada en la emergencia familiar, no incluye los casos de crisis fuera del hogar). El cuidador principal es el principal responsable de la atención y supervisión de la persona y debe mantener su residencia principal bajo la misma dirección que la persona. Este servicio no está disponible para participantes que vivan solos o con un compañero de cuarto en su propio hogar o

departamento. NC Innovations también puede utilizarse para proporcionar un alivio temporal a los individuos que residen en AFL aprobados y no aprobados, pero no puede facturarse el mismo día que la asistencia residencial. El relevo puede utilizarse para apoyar a un individuo en servicios residencial o asistencia para vivienda.

Tenga en cuenta que el tiempo de sueño del personal no es un servicio que pueda facturarse. Incluye el traslado desde la residencia del participante hasta los puntos de traslado dentro de la comunidad. NC Innovations también puede utilizarse para proporcionar un alivio temporal a los individuos que residen en AFL aprobados y no aprobados, pero no puede facturarse el mismo día que la asistencia residencial.

### Servicios de consulta especializados (presupuesto no base)

Los servicios de consulta especializada brindan asistencia técnica, especializada y de capacitación en áreas de especialidad (psicología, intervención de la conducta, terapia del habla, recreación terapéutica, comunicación aumentativa, equipos de tecnología asistida, terapia ocupacional, fisioterapia o nutrición y otros profesionales aprobados que tengan experiencia con individuos con discapacidades intelectuales o del desarrollo) para asistir a los familiares, al personal de asistencia o a otra asistencia natural a brindar ayuda a los participantes con discapacidades del desarrollo que presentan necesidades de intervención a largo plazo. Bajo este modelo, los familiares u otros cuidadores pagos o no pagos reciben una capacitación de un profesional matriculado, autorizado y/o certificado o de un profesional de tecnología de asistencia calificado para llevar a cabo intervenciones terapéuticas, según el ISP, lo cual aumenta la eficacia de la terapia especializada.

Este servicio también se utilizará para permitir que los especialistas, definidos como una pieza integral del equipo de apoyo individual, puedan participar en reuniones de equipo y brindar más apoyo y consultas intensivas a las personas cuyas necesidades médicas y/o conductuales/psiquiátricas puedan considerarse como extremas o complejas. El participante puede estar presente, o no, durante la prestación de los servicios. El profesional y el personal de apoyo podrán facturar el tiempo del servicio simultáneamente.

### Servicios de asistencia en el empleo (servicio base)

Los Servicios de asistencia en el empleo brindan asistencia en la elección, obtención y conservación de un trabajo para los beneficiarios mayores de 16 años que no hayan podido conseguir un empleo competitivo, que lo hayan interrumpido y/o que haya sido intermitente. La intención del primer empleo con asistencia es apoyar a los individuos con el desarrollo de destrezas para buscar, obtener y mantener un empleo competitivo o desarrollar y operar una microempresa. Los puestos de trabajo se encuentran sobre la base de las preferencias, fortalezas y experiencias individuales. Encontrar un trabajo no se basa en un conjunto de trabajos disponibles o separados específicamente para los individuos con discapacidades.

La transición a un empleo asistido de largo plazo debe tener lugar dentro de un año del empleo competitivo satisfactorio. En este momento, se espera que el tiempo del personal se reduzca a medida que el individuo sea más independiente en sus obligaciones laborales. El empleo con asistencia puede ser necesario si las obligaciones laborales del individuo cambian o si se adquiere un nuevo trabajo. El empleador debe obtener comentarios relacionados con el éxito y la integración del individuo en sus puestos de trabajo, a través de evaluaciones del empleado

que proporcionan información sobre el nivel de supervisión que requiere diariamente el individuo. Parte de la responsabilidad del especialista en empleo es educar al empleador en relación con las adaptaciones de la ADA, en un esfuerzo por garantizar que la transición del empleo con asistencia continua al seguimiento a largo plazo sea satisfactoria y que se satisfagan las necesidades del individuo.

El seguimiento a largo plazo puede utilizarse de forma regular para cumplir con necesidades específicas y bien documentadas. El seguimiento a largo plazo relacionado con las necesidades de asistencia médica/conductual/física requiere registros médicos o conductuales y documentación en el ISP para apoyar la necesidad de los servicios individuales como la opción más adecuada.

El servicio incluye el transporte desde la residencia del individuo hasta y desde el lugar de trabajo. El pago del traslado por parte de la agencia prestadora, desde la residencia del individuo hasta el centro de trabajo, es tiempo de servicio autorizado.

Si bien no está prohibido emplear a un beneficiario y proporcionar un servicio al mismo individuo, el uso de los fondos de Medicaid para pagar por servicios de empleo con asistencia a los proveedores que están subsidiando su participación en proporcionar este servicio es inadecuado. Los siguientes tipos de situaciones indican un proveedor que subsidia su participación en el empleo con asistencia:

- El trabajo/puesto no existiría si la agencia prestadora no recibiera un pago por prestar el servicio.
- El trabajo/puesto finalizarían si el beneficiario optara por una agencia prestadora diferente para que prestara el servicio.
- Las horas de trabajo tienen una correlación unívoca con la cantidad de horas del servicio que se autorizaron.

### Modificaciones del vehículo (presupuesto no base)

Las modificaciones a vehículos son dispositivos, servicios o controles que permiten a los participantes aumentar su independencia o seguridad física al ofrecer un traslado seguro por toda la comunidad. Se incluyen la instalación, la reparación, el mantenimiento y la capacitación sobre el cuidado y el uso de estos artículos. El participante del programa de exención o su familia deben ser dueños del vehículo o deben haberlo arrendado con derecho a compra. El vehículo debe estar cubierto por una póliza de seguros para automóviles que brinde la cobertura suficiente para reemplazar la adaptación en caso de accidente.

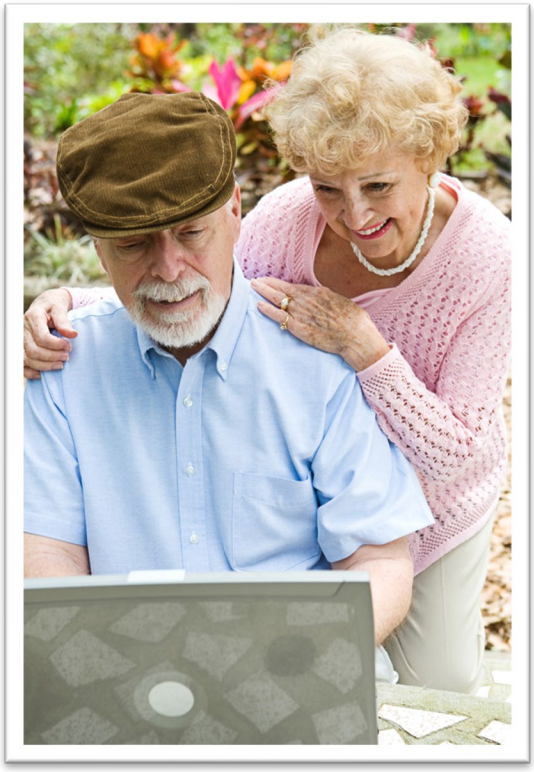
Las modificaciones no incluyen el costo del vehículo ni el arrendamiento con derecho a compra. Se debe obtener una recomendación por escrito de un profesional pertinente para garantizar que la modificación satisfaga las necesidades del participante. Todos los artículos deben cumplir con los estándares de fabricación diseño e instalación. La instalación debe realizarse por un distribuidor autorizado del fabricante de equipos adaptativos según las instrucciones de instalación del fabricante, la Asociación Nacional de Distribuidores de Equipos de Movilidad, la Sociedad de Ingenieros Automotrices y/o las pautas de la Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en las Carreteras. La solicitud por escrito del servicio de modificación al vehículo debe estar acompañada de la firma de un médico que certifique la necesidad médica de dicha solicitud.

La reparación del equipo está cubierta para los artículos comprados a través del programa de exención o comprados antes de participar en dicho programa, siempre que el artículo pueda identificarse dentro de la definición de este servicio y que el costo de reparación no exceda el costo de la compra del reemplazo de un nuevo equipo.

La modificación solicitada debe ser aprobada antes de que se modifique el vehículo. Una vez aprobada, la modificación debe llevarse a cabo en función de lo que se presentó para aprobación. Todo cambio realizado a la modificación o al costo de esta requiere aprobación previa. La familia/el participante/la persona legalmente responsable no puede pagar costos adicionales al proveedor por encima de lo que ya pagó Medicaid.

Las modificaciones al vehículo no están disponibles para participantes que reciben apoyo residencial. Aquellas modificaciones que requiera el vehículo de un proveedor son responsabilidad de dicho proveedor y no están cubiertas a través de este servicio. Usted o su familia no pueden pagar la diferencia o compartir el costo de los servicios de modificación del vehículo que han sido autorizados o pagados por la exención de Innovations.

El servicio está limitado a gastos de $20,000 durante la vigencia de la exención.



## Sección 4:
## Aprobación de su Plan de apoyo individual y autorización del servicio

Esta sección de la Guía brinda una explicación de los siguientes aspectos:

Envío del Plan de apoyo individual a Gestión de la utilización para su aprobación

Limitaciones del servicio

Criterios de uso

Autorización del servicio

# Envío del Plan de apoyo individual a Gestión de la utilización

El Plan de asistencia individual (ISP) pertenece al participante. El proceso de planificación está centrado en el individuo y está dirigido/facilitado por el participante en la medida deseada. El ISP identifica las fortalezas y capacidades, los deseos y las necesidades de apoyo. Cuando se completa el ISP, se le solicitará a usted (o a la persona legalmente responsable, si corresponde) que firme este plan. Encontrará un espacio en el ISP para indicar que no está de acuerdo con este plan y un área para explicar sus preocupaciones. Su gerente de cuidado envía luego el plan al departamento de Gestión de la utilización del I/DD para que sea revisado y se determine la necesidad médica de los servicios solicitados. El ISP debe firmarse para que pueda aprobarse.

Los asesores de atención revisarán el ISP con el paciente inscrito antes de firmarlo, responderán cualquier pregunta que tenga y harán todos los cambios al plan que el paciente inscrito solicite antes de que se le pida que lo firme. El ISP debe incluir el nivel de los servicios que solicitó, que puede ser diferente al nivel de los servicios que se aprobó. Entre la información que envía el gerente de cuidado a Gestión de la utilización se incluye la siguiente:

- Información de contacto para el gerente de cuidado.
- Plan de apoyo individual, incluido el plan de crisis.
- Presupuesto individual para servicios planificados.
- Nivel de atención (solo solicitudes iniciales).
- Evaluación de las necesidades de apoyo y del riesgo.
- Evaluaciones adicionales llevadas a cabo por el profesional correspondiente, según resulten necesarias, lo cual incluye la Escala de intensidad de asistencia Supports Intensity Scale (SIS)™.
- Plan de apoyo conductual positivo, si corresponde.
- Órdenes médicas, si corresponden.
- Información específica del servicio como los planes de retiro progresivo y detalles del equipo que se solicita.
- Plan del modo en que se utilizará un equipo solicitado con resultados de la capacitación, si corresponde.

A partir de la fecha en que se envíe la información, el departamento de Gestión de la utilización del I/DD cuenta con 14 días para revisar la solicitud y aprobarla, rechazarla o solicitar información adicional. Si se solicita información adicional, se podrán pedir hasta 14 días adicionales (pero no deberá extenderse más) para completar la evaluación. Recibirá una carta que le notificará si se ha solicitado más información y se le comunicará el plazo con el que cuenta para entregar dicha información.

## Tratamiento necesario desde el punto de vista médico:

Para que NC Innovations cubra (pague) el tratamiento (servicios), dichos servicios deben ser considerados como “necesarios desde el punto de vista médico”. Esto significa que el tratamiento y los servicios deben:

- Ser necesarios y adecuados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento paliativo, curativo o reconstituyente de una enfermedad mental o por abuso de sustancias.
- Ser consecuentes con las políticas de Medicaid y estándares nacionales o basados en evidencia, estándares definidos por el DHHS de Carolina del Norte o ser verificados por médicos clínicos particulares expertos en el momento en que se realizan los procedimientos, se proporcionan los productos o se prestan los servicios.
- Ser prestados en el entorno más rentable y menos restrictivo que se ajusta a los estándares de atención clínicos.
- No ser prestados exclusivamente para conveniencia de la persona, los familiares, el cuidador o el proveedor.
- No tienen fines experimentales, de investigación, no demostrados o estéticos.
- Ser proporcionados o supervisados por profesionales autorizados (según sea relevante) por las leyes estatales en la especialidad en la cual prestan el servicio y conforme al Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales, el Plan estatal de Medicaid, el Código Administrativo de Carolina del Norte, las políticas de cobertura médica de Medicaid y otras instrucciones estatales y federales correspondientes.
- Ser suficientes en cantidad, alcance y duración para lograr su fin de manera razonable.
- Estar relacionados de manera razonable con el diagnóstico para el cual se recetan en relación con el tipo, la intensidad y la duración del servicio y el entorno del tratamiento.

Dentro del alcance de las pautas anteriores, el tratamiento necesario desde el punto de vista médico debe estar diseñado para lograr lo siguiente:

- Proporcionarse según el ISP centrado en el individuo que se basa en una evaluación integral y está desarrollado conjuntamente con la persona que recibe los servicios (o en el caso de un niño, por él y su familia o tutor legal) y el equipo comunitario;
- Cumplir con las directivas avanzadas de salud mental o médicas que se han elaborado.
- Satisfacer las necesidades únicas de las minorías lingüísticas y culturales y prestarse de manera relevante a nivel cultural.
- Prevenir la necesidad de tratamiento o institucionalización involuntarios.

## Rechazo de los servicios/derechos de apelación

Si se rechaza, reduce o cancela un servicio solicitado en el ISP, tiene derecho a presentar una apelación. Usted o su tutor legal recibirán por correo postal una explicación por escrito de la decisión y derechos de apelación, si corresponde. Para obtener más información sobre sus derechos de apelación, consulte el Manual para el paciente y la familia de Alliance. Controle su buzón de correo para recibir la explicación sobre apelaciones. Recuerde notificar a su gerente de cuidado y al trabajador de atención de Medicaid de DSS si su dirección postal ha cambiado.

Su gerente de cuidado puede ayudarlo si necesita información para el proceso de apelación. El plan MH/DD/SAS de Carolina del Norte requiere transitar un Proceso de reconsideración local antes de comenzar el proceso de apelación. La reconsideración es una oportunidad para que usted trabaje junto a Alliance para presentar información adicional y/o aclarar nueva información respecto del servicio rechazado.

Tenga en cuenta que los derechos de apelación no se proporcionan a los adultos inscritos (mayores de 21 años) si los servicios se han aprobado hasta el beneficio máximo establecido en el programa de exención.

Alliance nunca tomará represalias contra usted por presentar una apelación.

# Limitaciones del servicio

Los límites en conjuntos de servicios (servicios proporcionados en combinación) tienen como fin representar la cantidad máxima de servicios para las personas con necesidades de discapacidad excepcionales. Los límites en conjuntos de servicios se aplican a los siguientes servicios de NC Innovations por el año del plan y están sujetos a cambios con cada renovación del programa de exención:

- Servicios de la red comunitaria
- Asistencia de día
- Asistencia y vida comunitaria
- Apoyo en el empleo

## Otros tipos de limitaciones

La definición de cada servicio tiene limitaciones adicionales que se enumeran en el programa de exención y en la Política de cobertura médica 8P de DHB NC. Su gerente de cuidado puede ayudarlo a comprender los límites que se aplican a los servicios que usted solicita.

Entre estos límites se incluyen:

- Servicios que no pueden prestarse en el mismo momento del día que otros servicios.
- Servicios que no pueden prestarse el mismo día que otros servicios.
- Servicios que no pueden prestarse si recibe otros servicios.
- Servicios que solo pueden prestarse si autodirige sus servicios.
- Servicios que presentan límites de gastos anuales o por encima de la duración del programa de exención de NC Innovations.
- Servicios que no pueden prestarse en ciertas ubicaciones.
- Servicios que cuentan con otras condiciones de uso.

## Criterios de uso

Alliance tiene permitido, por contrato con la división de Beneficios para la salud, establecer criterios de uso para los servicios aprobados por su departamento de Gestión de la utilización. Si tiene preguntas específicas o quisiera consultar estos criterios, podrá recibir ayuda de su gerente de cuidado o de una persona del Departamento de Gestión de la utilización del I/DD.

Los Administradores de atención de Gestión de la utilización del I/DD analizarán la información enviada por su gerente de cuidado de acuerdo con una serie de criterios que incluye lo siguiente:

- Información que indique de manera clara por qué el servicio/equipo está relacionado con su discapacidad.
- Criterios de Gestión de la utilización.
- Guías prácticas.
- Criterios de aprobación del Plan de apoyo individual.
- Guía para el presupuesto individual.

Como consecuencia de dicho análisis, el Administrador de atención de Gestión de la utilización del I/DD aprobará la autorización de los servicios solicitados o la transferirá a un nivel superior para su revisión. La decisión de reducir o rechazar una solicitud de autorización de un servicio solo puede ser tomada por un psicólogo o un médico autorizado de Alliance. Los rechazos o las reducciones en los servicios pueden apelarse. Consultar la página 43 para obtener más información.

# Autorización del servicio

Todos los servicios del programa de exención de NC Innovations deben estar aprobados y autorizados en el ISP centrado en el individuo para que la agencia prestadora pueda facturar a Alliance. El personal de Gestión de la utilización I/DD, llamados administradores de atención, completa la aprobación y la autorización del ISP.

El gerente de cuidado le enviará una copia del ISP y una carta de aprobación cuando hayan aprobado el plan. La agencia prestadora recibirá una notificación de Gestión de la utilización cuando se hayan aprobado (autorizado) sus servicios. Sus servicios comenzarán cuando la Agencia prestadora, el Empleador de registro o la Agencia con elección reciban la autorización que permita a la Agencia facturar a Alliance los servicios prestados.

Si algunos servicios se aprueban y otros se rechazan, podrá recibir los servicios aprobados mientras apela los servicios rechazados, si lo prefiere. También podrá realizar una nueva solicitud para servicios nuevos mientras la apelación se encuentra pendiente, si lo prefiere.

# Sección 5:

## Implementación de los servicios

Esta sección de la Guía brinda una explicación de los siguientes aspectos:

Red de proveedores de Alliance Health

Cómo iniciar sus servicios

# Red de proveedores de Alliance Health

Alliance mantiene una red de proveedores mediante la contratación de proveedores calificados que son competentes en el plano cultural, demuestran competencias de acuerdo con las mejores prácticas y garantizan que los servicios se brinden en tiempo y forma. La red es lo suficientemente diversa en cuanto a su ubicación y a sus servicios médicos para asegurar un correcto acceso a todos los servicios cubiertos por NC Innovations. La red de proveedores de Alliance también garantizará su salud y seguridad y, además, demostrará prácticas éticas y responsables. Su satisfacción y logros son la prioridad de los Proveedores de la red de Alliance.

## Responsabilidades del proveedor

- Participar en el Plan de asistencia individual (ISP) y en otras reuniones de planificación de servicios con usted, su gerente de cuidado y su familia.
- Reclutar personal calificado y garantizar que el personal tiene el privilegio, la capacitación y la supervisión en la prestación de servicios.
- Implementar servicios autorizados por el Departamento de Gestión de la utilización de Alliance según consten en el ISP.
- Desarrollar los objetivos a corto plazo según se decidan en la reunión del ISP, como también las estrategias de capacitación/análisis de tareas para alcanzar sus objetivos.
- Monitorear servicios para garantizar que se implementen según se describan en el ISP y se acuerden en los objetivos de corto plazo.
- Revisar y conservar la documentación de los servicios que sea adecuada para contribuir con el progreso.
- Notificar al gerente de cuidado sobre cambios significativos en su situación, necesidades y prestación de servicios.
- Prestar servicios en función del ISP de la persona y facturarlos según lo autorizado y prestado.
- Proporcionar personal auxiliar cuando se programe la ausencia del empleado de servicio directo.

## Selección de proveedores de servicios

Durante el desarrollo de su ISP, deberá decidir cuál es el proveedor de la red que satisface mejor sus necesidades. Su gerente de cuidado le proporcionará una lista de los proveedores aprobados en su área que ofrecen los servicios que necesita. Debe decidir cuáles serán los más adecuados.

Las siguientes son algunas preguntas que probablemente desee realizarle a las agencias prestadoras:

- ¿Presta los servicios que necesito?
- ¿Cómo capacita a sus empleados?
- ¿Puedo conocer al trabajador antes de que lo asignen a mi hogar?
- ¿Con quién puedo comunicarme si tengo problemas con un trabajador?

- ¿Qué puedo hacer para que la agencia prestadora sepa cuáles son mis necesidades?
- ¿Cuáles son los pasos que debo seguir si el trabajador no se presenta a trabajar y necesito que se asigne un reemplazo?
- ¿Su empleado recibirá capacitaciones durante el año según la relación con el método que se implemente (por ejemplo, capacitación sobre cómo manejar determinada conducta, etc.)?
- ¿Proporciona los suministros necesarios para alcanzar los objetivos (por ejemplo, si el objetivo es armar un rompecabezas, ustedes facilitan el rompecabezas)?
- ¿Cuentan con personal calificado para proporcionar más de un servicio? ¿Cuáles?
- ¿Con qué frecuencia y mediante qué medio la agencia supervisa al empleado? ¿Cuándo llevará a cabo las visitas domiciliarias para observar los servicios?
- ¿La agencia me llamará para notificarme sobre la visita domiciliaria?

# Cómo iniciar sus servicios

La implementación del ISP es una responsabilidad que usted comparte con sus familiares y los miembros de su equipo de planificación. Los servicios deben comenzar dentro de los **45 días de la aprobación del ISP inicial.**

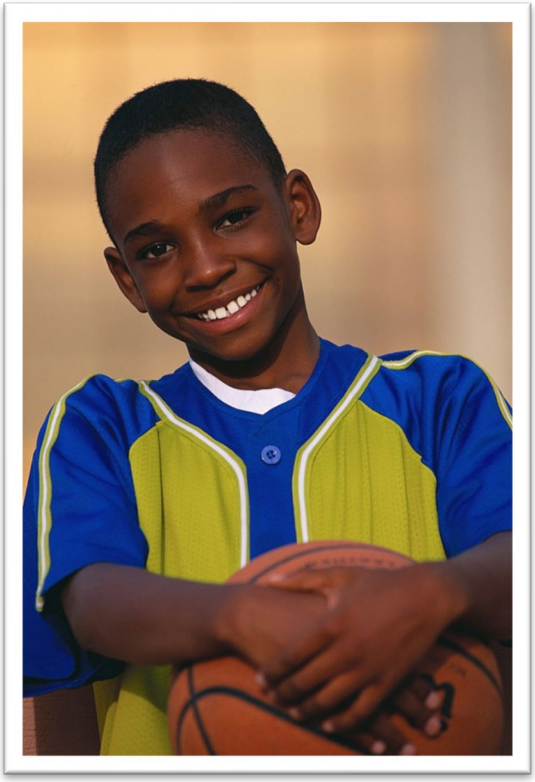
## Plazos

Su ISP inicial debe enviarse para su aprobación en un plazo de **60 días desde la fecha de determinación del nivel de atención del nivel de atención.**

Su ISP anual entrará en vigencia el primer día del mes posterior al mes de su cumpleaños. Para el ISP inicial, anual o actualizado, todos los planes deben aprobarse antes de que comiencen los servicios. Si se rechaza la aprobación, se ofrecerán los derechos de apelación. Los servicios deben comenzar inmediatamente después de cualquier ISP o actualización a un ISP. Si los servicios no comienzan de inmediato, es posible que se deba revisar su ISP. Si desea modificar o agregar servicios durante el año del plan, puede pedirle a su gerente de cuidado que lo ayude a actualizar su ISP en cualquier momento.

## Cuando se aprueba el Plan de apoyo individual

- La agencia prestadora de la red de su elección desarrolla objetivos a corto plazo y estrategias/análisis de tareas para asistir al personal en la implementación consistente de los resultados a largo plazo.
- Se asignará personal auxiliar en el caso de que un empleado de servicio directo no pueda asistirlo debido a la ausencia del personal.
- El DSS recibe una notificación de Alliance para que el indicador de NC Innovations pueda incluirse en su registro de Medicaid.



## Sección 6:

## Políticas y procedimientos de NC Innovations

Esta sección de la Guía brinda una explicación de los siguientes aspectos:

Monitoreo de los servicios por el trabajador de cuidado o administrador de cuidado

Utilización mínima de servicios para permanecer en el programa de exención de NC Innovations

Viajes fuera del estado

Familiares y tutores legales como proveedores directos de servicios

Otra información de utilidad

# Monitoreo de servicios por el Asesor integral de servicios

Su trabajador de cuidado (SIC) es responsable de monitorear la implementación de su Plan de asistencia individual (ISP) centrado en el individuo y de otros servicios de Medicaid proporcionados, como también de su salud y seguridad en general. El monitoreo se llevará a cabo en los entornos de servicio y mediante un cronograma detallado en el plan.

## ¿Por qué es tan importante el monitoreo?

- Para garantizar que se presten ciertos servicios según lo detallado en su plan.
- Para asegurarse de que tenga acceso a los servicios.
- Para identificar los problemas a medida que surjan con el fin de resolverlos.
- Para asegurarse de que los servicios que reciba satisfarán sus necesidades.
- Para garantizar que se implementen los planes del personal auxiliar según su plan.
- Para garantizar su salud y seguridad.
- Para asegurarse de que tenga una opción libre de los proveedores de la red.
- Para asegurarse de que se atiendan sus necesidades de servicios fuera del programa de exención.

## ¿Cómo se llevará a cabo el monitoreo?

- Contacto en persona con usted y los miembros del equipo de ISP.
- Contacto telefónico con usted y los miembros del equipo de ISP.
- Observación de los servicios.
- Análisis de la documentación y facturación.

## ¿Con cuánta frecuencia ocurrirá el monitoreo de mi trabajador de cuidado?

- Si es nuevo en el programa de exención, recibirá visitas en persona todos los meses durante los primeros seis meses y luego según lo programado en el plan, pero como mínimo cada tres meses.
- Si los servicios son prestados por tutores o familiares que viven en su hogar, recibirá visitas en persona todos los meses.
- Si vive en un programa residencial, recibirá visitas en persona todos los meses.
- Si decide autodirigir sus servicios, recibirá visitas en persona todos los meses.
- Si su caso no se refleja en ninguna de las categorías anteriores, recibirá visitas en persona según lo programado en el plan, pero como mínimo cada tres meses.
- Si no recibe visitas en persona durante el mes, su gerente de cuidado se comunicará con usted por teléfono.

# Uso mínimo de servicios requeridos para permanecer en NC Innovations

**Las personas que reciban servicios de NC Innovations deben utilizar un servicio del programa de exención al mes para continuar siendo elegibles en dicho programa.** Su ISP centrado en el individuo debe contener al menos un servicio de NC Innovations que pueda proporcionarse todos los meses y que no sea tecnología de asistencia, transición a la

Si no usa un servicio de exención cada mes, su administrador de coordinación de atención se lo notificará. Si no utiliza un servicio del programa de exención dentro de los 30 días posteriores a la notificación, es posible que quede suspendido de este programa de exención. Alliance debe consultar con la División de beneficios para la salud antes de suspender a un participante de NC Innovations debido a la no utilización de los servicios del programa. Todas las personas que queden suspendidas del programa de NC Innovations debido a la no utilización de los servicios del programa de exención tienen derecho a apelar.

Siempre que reciba información con relación a sus derechos de apelación, es muy importante que la analice detalladamente y, en caso de tener preguntas, que consulte a su gerente de cuidado de atención de Gestión de la utilización.

Si queda eliminado del programa de NC Innovations debido a la no utilización del servicio, puede solicitar volver a inscribirse en NC Innovations cuando finalice cualquier proceso de suspensión o apelación. Si se aprueba la solicitud y se realiza dentro del mismo año del programa de exención, se desarrollará un plan para que pueda regresar al programa. Si la solicitud para volver a inscribirse en el programa de exención se realiza en un nuevo año de dicho programa, se lo incluirá en el Registro de necesidades no satisfechas y deberá esperar en caso de no disponer de fondos de financiamiento en el momento de su solicitud.

NOTA: Para Alliance, el “año del programa de exención” comienza del 1º de julio y finaliza el 30 de junio.

# Servicios prestados fuera de Carolina del Norte

Si decide viajar fuera del estado y necesita los servicios del personal de NC Innovations, se utilizan las siguientes pautas para determinar si sus servicios de NC Innovations pueden financiarse mediante el programa de exención durante su viaje:

- Servicios para los participantes que han recibido servicios del personal de atención directa mientras permanecían dentro del estado y que no pueden viajar sin su asistencia.
- Los participantes que vivan en hogares de familia alternativa u hogares sustitutos pueden recibir servicios cuando viajen junto a su familia alternativa o sustituta fuera del estado según estas pautas.

- Los participantes que residan en un entorno residencial tienen permitido salir de vacaciones fuera del estado con su proveedor residencial y seguir recibiendo servicios siempre que no aumente el costo de atención del participante.
- Se debe recibir una aprobación previa por escrito de esta solicitud de parte del supervisor de los miembros del personal y de LME/MCO para acompañar a las familias/los participantes fuera del estado.
- Los servicios del programa de exención no se proporcionarán fuera de los Estados Unidos de América.
- Las Agencias prestadoras deben asegurarse de que se cumpla con la demanda de personal de los participantes.
- La supervisión del empleado de servicio directo y el monitoreo de la atención deben continuar.
- El ISP no debe modificarse para incrementar los servicios mientras se encuentra fuera del estado.
- Solo pueden reembolsarse los servicios en la medida en que se hayan prestado en el estado y solo si son en beneficio del participante.
- **No** se prestan servicios de relevo durante un viaje fuera del estado ya que el cuidador estará presente en el viaje.
- Si participan profesionales autorizados, Medicaid no podrá eximir las leyes de certificación de otros estados. Un profesional autorizado en Carolina del Norte puede o no estar autorizado para la práctica en otro estado.
- Los fondos de Medicaid no pueden utilizarse para pagar los costos de alojamiento, comida o traslado del participante, la familia o el personal.
- Las agencias prestadoras y las Agencias con opción asumen toda la responsabilidad de su personal mientras estén fuera del estado.

## Familiares y tutores legales como proveedores directos de servicios

A medida que avanzamos en la exención de North Carolina Innovations, creemos que es importante intentar explicar de la manera más clara posible el proceso de registro de las agencias prestadoras y empleadores dentro de la red Alliance para emplear a familiares/tutores legales como cuidadores pagos en función de las guías de la Política de cobertura clínica n.° 8 de DHB NC.

Según la Política de cobertura médica 8P de DHB NC, la política de familiares como proveedores se aplica a los participantes de la exención de 18 años de edad y mayores que viven con un familiar o tutor legal que está empleado por una agencia prestadora contratada por Alliance Health para proporcionar servicios de exención a Innovations. Los beneficiarios de la exención menores de 18 años no pueden recibir servicios proporcionados por un familiar que resida en el mismo hogar.

Los familiares se definen como individuos relacionados por sangre o matrimonio con el participante de la exención. El familiar debe vivir en la casa del participante de la exención. Los

padres biológicos o adoptivos de un menor, padrastros de un menor o cónyuge de un participante de una exención están excluidos de ser empleados como familiar como proveedor.

Si el empleado prospectivo es el tutor legal del participante de la exención, el tutor debe tener la capacidad legal para proporcionar servicios como se define en el proyecto de ley 543 de NC.

La asistencia y vida comunitaria es el único servicio de exención que puede ser proporcionado por un familiar que residen en el hogar del individuo (de 18 años o mayor).

**Se recomienda que un familiar que reside en el hogar del participante de la exención proporcione hasta 40 horas semanales de servicio a la persona. Esto debe informarse a Alliance pero no requiere aprobación previa.**

Se requiere que las agencias prestadoras y los empleadores de registro informen los familiares/tutores legales que actúen como asistencia paga para asesores de atención I/DD de Alliance de los participantes de la exención. El asistente de atención I/DD debe incluir esta información en el ISP de Innovations del participante de la exención. El ISP debe contener documentación que indique que el participante de la exención está de acuerdo con el empleo del familiar y que ha tenido la oportunidad de considerar completamente todas las opciones para el empleo de personal no relacionado para la provisión del servicio de exención.

**Si se solicita que se proporcionen más de 40 horas por parte de familiares que residen en el hogar el participante, debe obtenerse una APROBACIÓN PREVIA de Alliance.**

Se deben proporcionar las siguientes justificaciones:

- Por qué no hay otro personal calificado para proporcionar la asistencia y vida comunitaria.
- Garantizar que el participante de la exención ha elegido entre el personal.
- El personal del participante no estará aislado de su comunidad.

En situaciones excepcionales, deben aprobarse hasta 56 horas por semana. Esta es la cantidad total de horas que un familiar puede proporcionar independientemente de la cantidad de participantes de la exención que residen en el hogar.

Los familiares que proporcionaban más de 56 horas por semana de servicios el 31 de diciembre de 2015, pueden superar el límite de 56 horas y solicitar la aprobación para proporcionar la cantidad de servicios que se les había aprobado proporcionar hasta el 31 de diciembre de 2015, siempre que:

- el participante de la exención continúe eligiendo al familiar como miembro del personal; Y
- no existan problemas de salud y seguridad para el participante de la exención; Y
- el participante de la exención no esté aislado de la comunidad.

Alliance debe garantizar el cumplimiento de las condiciones de esta política a través de un proceso de aprobación previa. Alliance debe proporcionar un nivel más alto de monitoreo para los servicios entregados por familiares/tutores legales. Los servicios entregados por familiares/tutores legales se monitorean de forma mensual. Los asesores de atención I/DD de Alliance monitorean a través del monitoreo in situ y la revisión de la documentación para garantizar que se realice el pago solo por los servicios prestados y que los servicios se proporcionen de la mejor manera para el individuo. Las agencias prestadoras y los empleadores de registro deben cumplir con todas las solicitudes de monitoreo de los asesores de atención I/DD.

El familiar o tutor legal no recibirán un reembolso por ninguna actividad que se proporcionaría a una persona sin discapacidad de la misma edad. Esperamos que los familiares puedan ser solo eso, familiares, y que proporcionen la misma asistencia natural que proporcionaría cualquier miembro de la familia. Algunas de las preguntas que deben preguntar las agencias prestadoras y empleadores de registro antes de emplear a familiares como proveedores:

- ¿Se trata de la voluntad, los deseos y las necesidades del participante o bien de complementar el ingreso de un familiar?
- Como adulto, ¿corresponde o resulta más adecuado para el participante aún contar con un familiar durante todo el día?
- Si un familiar asiste a una persona desde el nacimiento hasta la adultez, ¿debe aprender el paciente a adaptarse a otras personas y aumentar su flexibilidad e independencia?
- Si un participante con una discapacidad siempre recibió asistencia de un familiar, ¿qué sucede cuando ese cuidador se vuelve incapaz, producto de la edad, una discapacidad o la muerte, para asistir al participante? ¿Quién más sabe cómo interactuar con el participante y brindarle atención?
- ¿Puede ser un familiar una barrera para una mayor integración con la comunidad o para el desarrollo de amistades?
- ¿Contar con un familiar como personal de asistencia directa amplia el círculo de asistencia del participante o se genera el riesgo de que lo reduzca?

En el proceso de solicitud, se pregunta acerca de otros posibles empleados no familiares que se entrevistaron y por qué no resultaron adecuados. Alliance puede exigir u ofrecer el uso en este proceso de un representante neutral (ya sea mediante un asesor de la comunidad o una organización de apoyo, tal como Disability Rights NC), a fin de garantizar que los deseos y las necesidades de los participantes del programa de exención sean abordados por el equipo de planificación de ISP.

Al tomar decisiones respecto de si procurar empleo para prestar servicios del programa de exención de Innovations a un individuo bajo tutela, además del cumplimiento de HB543, los tutores legales tienen la obligación de actuar según lo más adecuado para dicha persona y deben cumplir los siguientes requisitos legales:

- Garantizar que la tutela esté adaptada para satisfacer las necesidades *reales* de cada individuo bajo tutela.
- Tomar decisiones que garanticen la salud y el bienestar del individuo bajo tutela, según lo que este decidiría su fuera capaz de tomar dicha decisión.
- Hacer participar al individuo bajo tutela en todas las decisiones en la medida de lo posible.
- Dar al individuo bajo tutela la oportunidad de ejercer los derechos que se encuentren dentro de su comprensión y juicio, y ofrecer a dicha persona la misma posibilidad de error que tendría una persona con plena competencia.
- Asistir al individuo bajo tutela en el desarrollo de las destrezas necesarias para asumir la responsabilidad de tomar sus propias decisiones.
- Garantizar que la tutela se revise periódicamente y tener en cuenta alternativas para esta, lo cual incluye la restauración de la competencia o una tutela limitada.

A fin de solicitar la aprobación para que un familiar/tutor legal se desempeñe como proveedor durante más de 40 horas a la semana, la agencia prestadora que actualmente emplee o

busque emplear al familiar/tutor legal debe completar la solicitud correspondiente, y presentarlos a Alliance.

Esta solicitud debe reflejar que el familiar o el tutor legal cumplen con las calificaciones para prestar el servicio, así como también explicar la justificación para emplear al familiar o al tutor legal como proveedor de servicios en lugar de un proveedor sin relación alguna. La solicitud debe ser aprobada antes de la prestación del servicio por parte del familiar o del tutor legal para superar las 40 horas a la semana. Acceda al formulario de solicitud en AllianceHealthPlan.org/wp-content/uploads/Relative-as-Provider-Application.pdf. Las solicitudes deben enviarse electrónicamente a través de un correo electrónico cifrado seguro a RelativeasProvider@AllianceHealthPlan.org.

Si la solicitud no está completa, se devolverá a la agencia prestadora y no se procesará. Se recomienda enfáticamente a los proveedores que presenten las solicitudes completas y en forma oportuna.

Las solicitudes son revisadas por un subcomité del Comité de acreditación de Alliance. Este comité se reúne el cuarto martes de cada mes. Las decisiones se comunican por correo electrónico. Si se aprueba la solicitud, los servicios se deben prestar de acuerdo con la autorización. Las aprobaciones son específicas para las agencias prestadoras y familiares/tutores legales. Si el familiar/tutor legal como proveedor cambia los servicios del beneficiario de la exención a una nueva agencia prestadora, e intenta proporcionar más de 40 horas a la semana de servicio, el nuevo proveedor debe enviar una solicitud.

Si se rechaza un familiar como proveedor para proporcionar más de 40 horas a la semana de servicio, se permite un período de transición de 60 días para encontrar a un proveedor que no sea familiar para prestar dichos servicios durante 40 horas a la semana. Si el problema no se resolvió en ese punto, se puede otorgar una prórroga de 45 días adicionales. Después de este proceso, pueden otorgarse otros 45 días adicionales si se necesita más tiempo para asignar al personal no familiar para que proporcione más de 40 horas a la semana. Durante los períodos de prórroga, cada 15 días el proveedor debe presentar a Alliance una actualización de las actividades que tienen lugar para encontrar a un proveedor que no sea un familiar. No hay período de transición para rechazos cuando hay una solicitud inicial para proporcionar 40 horas a la semana. Los participantes o los familiares/tutores no satisfechos con un rechazo pueden presentar una queja formal. Si se rechaza una solicitud, Alliance puede ayudar a identificar otras agencias que pueden tener personal no familiar para atender al individuo.

Conforme el proveedor se acerque a la prórroga final (al menos 15 días de antelación) y haya cumplido la diligencia debida, pero no haya encontrado a una persona que no sea un familiar, y pueda documentar los esfuerzos en una nueva solicitud, entonces puede volver a solicitar la aprobación de un familiar como proveedor para proporcionar más de 40 horas a la semana.

Los familiares que tengan preguntas sobre este proceso pueden comunicarse con Doug Wright, director de Community and Member Engagement, al 919-651-8425.

# Otra información de utilidad

## Ausencias, traslados y suspensión

Si se ausenta de los servicios de NC Innovations, es probable que su gerente de cuidado deba tomar ciertas medidas. La medida necesaria depende de la naturaleza de la ausencia. Si está hospitalizado, si lo enviaron a un ICF-IID, ICF o a un centro de enfermería especializado, si ingresó en un centro de rehabilitación o en un centro psiquiátrico del estado o si estará ausente por 30 días o más, el Departamento de Servicios Sociales orientará al gerente de cuidado acerca de la continuidad de la elegibilidad de Medicaid. Debe mantener informado al gerente de cuidado sobre todas las ausencias o cuando ingrese en un hospital o institución.

## Transferencia de los servicios de Innovations

Los participantes del programa de exención de NC Innovations son residentes legales en la actualidad (a efectos de la elegibilidad de Medicaid) en el área de captación de Alliance, la cual incluye los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklengburg, Orange y Wake. Si se muda a otro condado fuera de la región de Alliance y pasa a ser residente legal de otra área, ya no será elegible para NC Innovations de Alliance. Su gerente de cuidado trabaja con usted para transferir su vacante y sus servicios de Innovations a la Entidad de gestión local (Local Management Entity, LME)/Organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO) de la zona a la que se mudará y lo suspende del programa NC Innovations de Alliance. El gerente de cuidado brinda toda la información solicitada necesaria a la LME/MCO con su consentimiento por escrito.

Es importante que usted solicite la transferencia de Medicaid a su nuevo condado de residencia tan pronto como se mude. La fecha de transferencia de Medicaid será la fecha en que la vacante de Innovations se transfiera de MCO a MCO. El proceso de transferencia de Medicaid demorará algunas semanas o incluso un mes, o más. Su gerente de cuidado de Alliance trabajará con usted durante su transición para asegurarse de que no haya una interrupción momentánea de los servicios.

## Suspensión de NC Innovations

Una persona queda suspendida de NC Innovations por cualquiera de las siguientes razones:

- El Departamento de Servicios Sociales suspende la elegibilidad de Medicaid.
- No se aprueba el ISP centrado en el individuo (decisión que puede apelarse).
- Requerir atención en un ICF-IID, centro de enfermería especializado o centro de tratamiento residencial psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF).
- Traslado fuera del estado.
- Muerte.
- No se utiliza al menos un servicio del programa de exención (que no sea tecnología de asistencia, transición a la comunidad, modificaciones en el hogar, modificaciones al vehículo y relevo) todos los meses.
- Retiro voluntario.

- La persona ya no cumple con el nivel de atención del ICF según se determina en la Gestión de la utilización (situación que se puede apelar).

Cuando es necesaria la suspensión de NC Innovations:

- Se otorgarán los derechos de apelación a las personas o los tutores legales por escrito a través de la agencia que suspende sus servicios de NC Innovations y/o Medicaid.
- Para la mayoría de los casos de suspensión, la fecha de entrada en vigencia es el último día del mes.
- Todas las suspensiones se coordinarán con el Departamento de Servicios Sociales local.

## Otros programas de exención estatales que pueden satisfacer sus necesidades

Su gerente de cuidado puede ayudarlo en caso de tener preguntas sobre cualquier otro programa de exención estatal. **Solo podrá recibir financiamiento de un programa de exención a la vez.** A continuación, se presentan otros programas de exención de Carolina del Norte

- **Programa Alternativo Comunitario para Niños (Community Alternatives Program for Children, CAP-C)**
  Brinda una alternativa a la atención en hospitales y centros de enfermería para menores de 21 años que vivan en una residencia privada, presenten necesidades médicas complejas (frágiles desde el punto de vista médico) y que se hayan identificado como discapacitadas según los Servicios de Determinación de Discapacidad (www.ncdhhs.gov/dma/services/capc.htm).

- **Programa Alternativo Comunitario para Adultos con Discapacidades (Community Alternatives Program for Disabled Adults, CAP-DA)**
  Brinda una alternativa a la atención en centros de enfermería para las personas con discapacidades que sean mayores de 18 años y que vivan en una residencia privada (ncdhhs.gov/dma/services/capda.htm).

## Otros servicios que pueden satisfacer sus necesidades

Si queda suspendido de NC Innovations, debe consultar con su gerente de cuidado sobre otros servicios que satisfagan sus necesidades y para los que pueda ser elegible. Los servicios disponibles variarán de una persona a otra debido a que algunas ya no contarán con la cobertura de Medicaid cuando queden suspendidos de NC Innovations. El DSS le informará si sigue contando con la cobertura de Medicaid.

## Sugerencias para la mejora de los servicios de NC Innovations

Sus sugerencias para mejorar el programa de exención de NC Innovations siempre son bienvenidas. Existen ciertos procedimientos operativos que Alliance puede modificar mientras que otros requieren la aprobación del Estado o del Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Hable con su gerente de cuidado o cualquier empleado de Alliance si tiene alguna sugerencia sobre cómo mejorar el programa de exención. Para obtener más información, visite el sitio web de Alliance en AllianceHealthPlan.org y seleccione el vínculo con

la Guía técnica de NC Innovations de Alliance y el programa de exención 1915(b)(c), que proporciona información detallada sobre los servicios, los requisitos del proveedor, el financiamiento, la gestión de la utilización, el monitoreo y el control de calidad.

## Comité de Orientación del Paciente y la Familia (CFAC)

La afiliación al Comité de Orientación del Paciente y la Familia (Consumer and Family Advisory Committee, CFAC) consiste en consumidores y familiares que reciben servicios de salud mental, de discapacidades intelectuales y/o del desarrollo y uso/adicción de sustancias. El CFAC es un comité autónomo que actúa como asesor de la administración y la Junta Directiva de Alliance.

Los estatutos del estado imponen al CFAC las siguientes responsabilidades:

- Revisar, comentar y monitorear la implementación del plan comercial local.
- Identificar carencias en el servicio y poblaciones desatendidas.
- Hacer recomendaciones sobre la variedad de servicios y monitorear el desarrollo de servicios adicionales.
- Revisar el presupuesto de Alliance y hacer comentarios al respecto.
- Participar en todas las medidas de mejora de calidad e indicadores de desempeño.
- Enviar hallazgos y recomendaciones al Comité Estatal de Orientación para el Paciente y la Familia acerca de formas de mejorar la prestación de servicios de salud mental, discapacidades intelectuales o del desarrollo y uso/adicción de sustancias.

Para obtener más información, llame a la línea gratuita 800-510-9132 para comunicarse con un empleado del CFAC de Alliance.

## Sección 7:

## Lista de acrónimos y glosario de palabras y términos útiles

Esta sección de brinda una lista de acrónimos y una explicación de las palabras y los términos que se utilizan aquí.

# Qué significan los acrónimos en la Guía

| | |
|---|---|
| AFL | Hogar de familia alternativa (Alternative Family Living) |
| CAP | Programa Alternativo Comunitario (Community Alternative Program) |
| CMS | Centros para los Servicios de Medicaid y Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) |
| DHB | División de Beneficios para la Salud (Division of Health Benefits) |
| DHHS | Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) |
| DSS | Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services) |
| EPSDT | Programa de selección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (≤ 21 años) (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment) |
| HCBS | Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services) |
| ICF o ICF-IID | Centro de atención intermedia para pacientes con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities) |
| ID o I/DD | Discapacidad Intelectual o Discapacidad Intelectual/del Desarrollo (Intellectual Disability or Intellectual/Developmental Disability) |
| IDEA | Ley de Educación de Personas con Discapacidades |
| IEP | Plan de Educación Individual de Escuelas Públicas (Public School's Individual Education Plan) |
| IQ | Coeficiente intelectual (Intelligence Quotient) |
| ISP | Plan de asistencia individual |
| LME | Entidad de Gestión Local (Local Management Entity) |
| MCO | Organización de atención administrada (Managed Care Organization) |
| MD | Médico (doctor en medicina) (Medical Doctor) |
| MH/DD/SA | Salud mental, discapacidad del desarrollo, abuso de sustancias (Mental Health, Developmental Disability, Substance Abuse) |
| PIHP | Plan prepago de salud para pacientes internos (Prepaid Inpatient Health Plan) |
| PRTF | Centro de tratamiento residencial psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility) |
| QP | Profesional calificado (Qualified Professional) |
| SIS™ | Supports Intensity Scale™ (Escala de intensidad de asistencia) |
| SNF | Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility) |
| SSA | Administración de Seguridad Social (Social Security Administration) |
| SSI | Seguridad de ingreso suplementario (Seguro Social) ([Social Security] Supplemental Security Income) |
| UM | Gestión de la utilización (Utilization Management) |

# Glosario de palabras y términos útiles

**Alliance Health:** Una Entidad de gestión local/Organización de atención administrada (LME/MCO) de varios condados que administra, autoriza y supervisa la prestación de los servicios de exención para las personas con necesidades de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias cuyos servicios de Medicaid pertenecen a los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake.

**Hogar de familia alternativa (AFL):** Un entorno fuera del hogar donde el participante recibe atención las 24 horas del día y vive en un entorno hogareño privado con una familia (o una persona). Allí se prestan servicios para abordar las necesidades de atención y habilitación del participante. Todos los AFL que presten servicios a niños o a dos adultos o más deben presentar una certificación (según lo definido por los Estatutos Generales de Carolina del Norte 122C-3 27G.5600F). El financiamiento del programa de exención no podrá utilizarse para afrontar los costos de alojamiento y comida.

**Categoría de presupuesto base:** los servicios de presupuesto base incluyen:

- Servicios de la red comunitaria
- Asistencia de día
- Asistencia y vida comunitaria
- Relevo
- Apoyo en el empleo

**Administrador de atención:** Los administradores de atención realizan la Gestión de la utilización (autorización de los servicios) para Alliance. Supervisan el progreso en los objetivos del Plan de asistencia individual, hacen recomendaciones y derivaciones a servicios adicionales, diferentes, cantidades de servicios, y asistencia basados en sus hallazgos.

**Equipo de atención:** El personal de Alliance formado por profesionales calificados que ofrecen gestión de la atención a través del enfoque de un equipo multidisciplinario.

**Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMMS o CMS):** La unidad del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos que administra los programas de Medicare y Medicaid.

**Apoyo Comunitario:** Organizaciones que brindan apoyo a las personas. El apoyo comunitario puede incluir organizaciones de defensa, organizaciones de servicios comunitarios, organizaciones basadas en la fe, organizaciones cívicas u organizaciones educativas.

**Límite de costo:** El monto máximo de todos los servicios del programa de exención (Presupuesto base más otros servicios de NC Innovations) que una persona puede recibir anualmente mientras participa en el programa de exención de NC Innovations. Para NC Innovations, este monto es de $135,000 por año de programa de exención.

**Departamento de Servicios Sociales (DSS) del condado:** La agencia pública local (condado) responsable de determinar la elegibilidad para los beneficios de Medicaid y para otros programas de asistencia.

**Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS):** La agencia estatal que incluye tanto la División de Asistencia Médica como la División de servicios de salud mental/discapacidad del desarrollo/abuso de sustancias. El sitio web del DHHS de North Carolina es ncdhhs.gov/.

**Centros para el desarrollo:** Un centro ICF-IID (institución) operado por el estado que proporciona servicios de salud y habilitación a las personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo. El Centro para el Desarrollo en el área de captación de Alliance es Murdoch Center, ubicado en Butner, Carolina del Norte. Solo la Organización de Atención Administrada (Alliance) puede realizar derivaciones a los Centros para el Desarrollo. El financiamiento de NC Innovations no puede utilizarse mientras se encuentre en un Centro para el Desarrollo.

**División de Beneficios para la Salud (DHB):** Es la agencia estatal responsable de los servicios financiados por Medicaid y la administración de NC Innovations y del Plan de salud de MH/DD/SAS de Carolina del Norte. El sitio web de la División de beneficios para la salud de North Carolina es: medicaid.ncdhhs.gov/.

**División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS):**la agencia estatal que trabaja con la DHB en la administración de NC Innovations y el Plan de salud MH/DD/SAS de NC. El sitio web de la DMH/DD/SAS de North Carolina es ncdhhs.gov/mhddsas/.

**Libre elección**: Un derecho reconocido para las personas que probablemente requieran un nivel de atención específico en un programa de exención con la libertad de elegir entre servicios institucionales y servicios basados en el hogar y la comunidad.

**Programa de exención de HCBS:** Es el programa de exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad que permite a los estados participar en Medicaid para desarrollar alternativas para las personas que, de otro modo, requerirían atención en instituciones. NC Innovations es uno de los programas de exención de HCBS en Carolina del Norte.

**Servicio de habilitación:** Un servicio que asiste a una persona en el aprendizaje o perfeccionamiento de destrezas, entre las que se incluyen la autoayuda, la socialización y otras destrezas adaptativas destinadas a maximizar el funcionamiento independiente de la persona.

**Servicios en el hogar:** En NC Innovations, esto incluye formación de destrezas en el hogar, asistencia intensiva en el hogar, relevo y atención personal.

**Institución**: A efectos de NC Innovations, institución se define como un centro residencial que está autorizado y financiado como un ICF-IID (Centro de atención intermedia/Individuos con discapacidades intelectuales). El financiamiento de NC Innovations no puede utilizarse en una institución, entre las que se incluyen ICF-IDD, hospitales, centros de enfermería especializada y centros estatales para el desarrollo.

**Centro de atención intermedia para pacientes con discapacidades intelectuales (ICF-IID):** Un centro autorizado que proporciona atención y tratamiento activo para las personas con una discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo determinadas. Esta es la atención institucional que queda “exenta” cuando se elige el programa de exención de NC Innovations. Los centros de ICF-IID cuentan con cuatro camas o más (la mayoría tiene seis, algunos más de 100) y deben brindar tratamiento activo a los residentes.

**Entorno menos restrictivo:** Entorno menos restrictivo/intensivo de atención suficiente para apoyar a la persona de manera efectiva y segura. El apoyo a una persona en el entorno menos restrictivo es considerado una de las mejores prácticas.

**Tutor legal o persona legalmente responsable:** Una persona asignada por orden judicial que está encargada de tomar decisiones en representación de una persona que se considera incapaz de tomar sus propias decisiones. Los padres de menores de 18 años son las personas legalmente responsables de dichos menores, a menos que se revoquen sus derechos por orden judicial. Cuando una persona cumple 18 años, se convierte en su propio tutor legal a menos que un tribunal considere lo contrario y asigne un tutor (con frecuencia, un familiar o amigo y, en caso de que dichas personas no estén disponibles, un empleado público).

**Límites en los conjuntos de servicios:** La cantidad máxima de un grupo designado de servicios que una persona puede recibir en un programa de exención.

**LME/MCO**: Entidad de gestión local/Organización de atención administrada, la entidad responsable de administrar la atención de salud conductual para la población subasegurada, no asegurada y de Medicaid en su área de captación o geográfica específica.

**Medicaid:** El programa federal y estatal conjunto para ayudar a los estados a proporcionar asistencia médica (seguro de salud) a las personas financieramente elegibles. La ley federal relacionada con el programa de Medicaid se encuentra en el Título XIX de la Ley. Los servicios de NC Innovations se prestan de acuerdo con el programa de Medicaid. Todos los participantes de NC Innovations cuentan con la cobertura de Medicaid.

**Tratamiento necesario desde el punto de vista médico:** Para que NC Innovations cubra (pague) el tratamiento (servicios), dichos servicios deben ser considerados como “necesarios desde el punto de vista médico”. Esto significa que el tratamiento y los servicios deben:

- Ser necesarios y adecuados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento paliativo, curativo o reconstituyente de una enfermedad mental o por abuso de sustancias.
- Ser consecuentes con las políticas de Medicaid y los estándares nacionales o basados en evidencia, los estándares definidos por el DHHS de Carolina del Norte o ser verificados por médicos clínicos particulares expertos en el momento en que se realizan los procedimientos, se proporcionan los productos o se prestan los servicios;
- Ser prestados en el entorno más redituable y menos restrictivo que se ajusta a los estándares de atención clínicos.
- No ser prestados exclusivamente para conveniencia de la persona, los familiares, el cuidador o el proveedor.
- No tienen fines experimentales, de investigación, no demostrados o estéticos.
- Ser proporcionados o supervisados por profesionales autorizados (según sea relevante) por las leyes estatales en la especialidad en la cual prestan el servicio y conforme al Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales, el Plan estatal de Medicaid, el Código Administrativo de Carolina del Norte, las políticas de cobertura médica de Medicaid y otras instrucciones estatales y federales correspondientes.
- Ser suficientes en cantidad, alcance y duración para lograr su fin de manera razonable.

- Estar relacionados de manera razonable con el diagnóstico para el cual se recetan en relación con el tipo, la intensidad y la duración del servicio y el entorno del tratamiento.

Dentro del alcance de las pautas anteriores, el tratamiento necesario desde el punto de vista médico debe estar diseñado para lograr lo siguiente:

- proporcionarse según el Plan de servicio individual centrado en el individuo que se basa en una evaluación integral y está desarrollado conjuntamente con la persona que recibe los servicios (o en el caso de un niño, por él y su familia o tutor legal) y el equipo comunitario;
- Cumplir con las directivas avanzadas de salud mental o médicas que se han elaborado.
- Satisfacer las necesidades únicas de las minorías lingüísticas y culturales y prestarse de manera relevante a nivel cultural.
- Prevenir la necesidad de tratamiento o institucionalización involuntarios.

**Medicare:** Medicare es un seguro de salud para las personas mayores de 65 años que presentan ciertas discapacidades o personas menores de 65 que presentan enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD); es decir, con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante renal. Si bien los servicios de NC Innovations no se proporcionan bajo el programa de Medicare, algunos participantes de NC Innovations pueden recibir la cobertura de Medicare además de la cobertura de Medicaid.

**Presupuesto no base:** Son servicios que no son parte del Presupuesto base. Estos servicios pueden utilizarse según la definición del servicio y sus necesidades. Deben incluirse en su Plan de asistencia individual y deben recibir la aprobación del departamento de Gestión de la utilización. El total de los servicios de presupuesto base y no base no puede exceder el límite de exención anual de $135,000 por año.

**Entorno más integrado:** El entorno de atención menos restrictivo, necesario para tratar de manera eficaz a un participante. Un entorno integrado es aquel en que una persona con una discapacidad participa en las mismas actividades y entornos que compañeros sin discapacidad.

**Nivel de atención de NC Innovations:** El documento utilizado en el programa de exención de NC Innovations que registra la especificación del volumen mínimo de asistencia que requiere una persona para recibir los servicios en un entorno institucional bajo el Plan estatal de Medicaid. Para el programa de exención de NC Innovations, el entorno del nivel de atención institucional que corresponde al nivel de atención que debe cumplirse para los participantes de NC Innovations es el Nivel de atención intermedio para las personas con una Discapacidad intelectual y afecciones relacionadas.

**Programa de exención de NC Innovations:** El programa de exención de NC Innovations es un instrumento de asistencia y servicios de financiamiento para las personas con discapacidades intelectuales u otras relacionadas con el desarrollo que se encuentran en riesgo de requerir atención institucional en un Centro de atención intermedia para individuos con IDD (ICF-IID), pero que deciden, en cambio, permanecer en sus hogares o comunidad. NC Innovations está autorizado por el programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) otorgado por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) según la Sección 1915 (c) de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act).

Programas de exención de Medicaid con fondos locales, estatales y federales en dólares. El plan de salud DD/MH/SAS de Carolina del Norte funciona como un Plan prepago de salud para pacientes internos (PIHP) mediante el cual se autorizan todos los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias para los participantes de Medicaid en los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake.

CMS aprueba los servicios conforme a lo provisto por NC Innovations, la cantidad de personas que pueden participar cada año y otros aspectos del programa. DHB puede solicitar que el programa de exención se modifique mediante la aprobación de CMS. CMS puede ejercer su autoridad para cancelar el programa de exención cuando considere que este no está siendo administrado por la MCO como corresponde.

La División de beneficios para la salud (DHB), la agencia estatal de Medicaid, administra el Programa de exención de NC Innovations. DHB contrata a Alliance Health para organizar y gestionar la prestación de servicios y para llevar a cabo otras funciones operativas según lo dispuesto simultáneamente en los programas de exención 1915 (b)/(c). DHB supervisa directamente el programa de exención de NC Innovations, aprueba todas las políticas y los procedimientos que rigen las operaciones de dicho programa y se encarga de garantizar el cumplimiento de todas las garantías del programa de exención de NC Innovations.

**Apoyo natural:** Personas que brindan asistencia, atención y apoyo a una persona con una discapacidad sin recibir el pago por dicho apoyo. La asistencia natural puede incluir a padres, hermanos, miembros de la familia extendida, vecinos, miembros de la iglesia y/o compañeros de trabajo, entre otros.

**Participante:** La persona que recibió la aprobación para recibir servicios bajo el programa de exención de NC Innovations.

**Plan centrado en la persona:** El documento que incluye información importante sobre el participante, sus objetivos de vida y los pasos que deben realizar tanto el equipo de planificación como el participante para alcanzarlos. También identifica las necesidades de apoyo e incluye una combinación de apoyo natural y pago de familiares y amigos, y apoyo comunitario.

**Plan prepago de salud para pacientes internos (PIHP):** Alliance Health, al igual que todas las Entidades de gestión local/Organizaciones de Atención Administrada (LME/MCO) de Carolina del Norte, funciona como un Plan prepago de salud para pacientes internos (PIHP) mediante el cual se autorizan todos los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias para los participantes de Medicaid en los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake.

**Hogar privado:** El hogar que es propiedad de una persona o que arrenda por cuenta propia o el hogar donde reside un participante del programa de exención con otros familiares o amigos. Un arreglo de hogar (casa o departamento) que un proveedor de servicio arrenda o es propiedad de este no es una residencia privada.

**Red de proveedores:** Las agencias o profesionales contratados por Alliance Health para prestar servicios autorizados a los individuos elegibles.

**Registro de necesidades no satisfechas:** Un registro que incluye una lista de personas que aguardan el financiamiento de NC Innovations para cubrir necesidades identificadas, también conocidas como lista de espera de Innovations.

**Evaluación de las necesidades de asistencia y del riesgo:** Una evaluación de los factores que, si no se tratan, pueden constituir una gran amenaza para la salud y el bienestar de un participante. Entre estos se incluyen: riesgos para la salud (afecciones médicas que requieren atención y tratamiento continuos); riesgos conductuales (conductas o afecciones que pueden dañar a la persona o a los demás) y riesgos para la seguridad personal (p. ej., capacidad de hacer una evacuación de manera segura e independiente).

**Límite del servicio:** La cantidad máxima de un servicio específico que puede recibirse bajo el programa de exención de NC Innovations.

**Manual de registros del servicio** (**Manual de administración de registros y documentación [APSM 45-2])**
El documento de DMH/DD/SAS que brinda los requisitos para el mantenimiento de la información del cliente, la documentación del suministro del servicio y los requisitos de confidencialidad.

**Vacantes:** La asignación anual de la cantidad de personas que pueden recibir los servicios de NC Innovations. El Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Asamblea General de NC permite a Carolina del Norte prestar servicios a una cantidad determinada de personas en NC Innovations durante un año (calendario) del programa de exención. Esta cantidad es el número de “vacantes” disponibles para el año en cuestión.

**Plan estatal:** Término que hace referencia al Plan estatal de Medicaid para los servicios de Medicaid del estado de Carolina del Norte aprobado por el Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI):** Programa de Seguridad Social que paga beneficios a adultos discapacitados y niños que tienen ingresos y recursos limitados.

**Supports Intensity Scale (SIS)™:** Una evaluación reconocida a nivel internacional que mide el nivel de asistencia requerida por una persona con una discapacidad para llevar una vida normal, independiente y de calidad en su comunidad.

**Servicios de apoyo:** Los servicios que permiten a una persona vivir en su comunidad. Entre estos se incluyen los servicios que brindan asistencia directa a la persona, y/o los servicios que brindan asistencia a los cuidadores y/o al personal de apoyo de la persona.

**Departamento de Gestión de la utilización (UM):** Es el departamento de Alliance responsable de aprobar los Planes de asistencia individual y de autorizar los servicios necesarios desde el punto de vista médico. Los administradores de atención trabajan en el departamento de UM.

**Año del programa de exención:** El período de 12 meses que utiliza el Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para autorizar, supervisar y controlar los gastos y programas de exención. El año de la exención comienza en la fecha de entrada en vigencia de

la aprobación del programa de exención e incluye los 12 meses posteriores a dicha fecha. Para NC Innovations, queda comprendido desde el 1º de julio al 30 de junio.

# Apéndice A

## Responsabilidades del participante del programa de exención de NC Innovations

(Ingresar el nombre del PIHP)

DIVISIÓN DE SALUD MENTAL,
DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO Y ABUSO
DE SUSTANCIAS DE CAROLINA DEL NORTE

Cliente:

Número de registro:

**RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA DE EXENCIÓN DE NORTH CAROLINA INNOVATIONS**

Entiendo que la inscripción en el programa de exención de North Carolina (NC) Innovations es voluntaria.

También entiendo que al inscribirme recibiré los servicios del programa de exención en lugar de los servicios de un Centro de Atención Intermedia para Pacientes con Discapacidades Intelectuales (ICF-IID). Mi elegibilidad para Medicaid debe seguir proviniendo de un condado del área de North Carolina Innovations para seguir siendo elegible para el programa de exención de NC Innovations y debo seguir cumpliendo con todos los demás requisitos de elegibilidad del programa de exención.

- Entiendo que al aceptar el financiamiento del programa de Exención de NC Innovations necesito los servicios de dicho programa para prevenir una necesidad inmediata de los servicios en centros ICF-IID.
- Entiendo que para mantener mi elegibilidad para este programa de exención requiero de la provisión de **al menos un servicio al mes del programa de exención** y que si no utilizo un servicio del programa de exención al mes pondría en peligro mi continuidad como persona elegible para el programa de exención de NC Innovations. Los servicios aprobados en mi Plan de apoyo individual se consideran necesarios para mejorar/apoyar mi discapacidad.
- Entiendo que los participantes del programa de exención de NC Innovations viven en hogares privados o en centros residenciales autorizados que albergan seis o menos camas **y,** en caso de residir en un centro, este también debe cumplir con las características del hogar y la comunidad que se definen en este programa de exención. Si actualmente soy un participante de NC Innovations o me encuentro en proceso de transición hacia NC Innovations, mi gerente de cuidado me ha explicado cómo se aplican estos requisitos a mi arreglo de hogar actual.
- Entiendo que si durante mi participación en el programa de exención decido trasladarme a un centro que cuente con más de seis camas o que no cumpla con las características

del hogar y la comunidad definidas en el programa de exención, ya no seré elegible para el programa de exención.

- Entiendo que el total de mis servicios del programa de exención no puede exceder los $135,000 cuando ingrese al programa.
- Entiendo que en cualquier momento durante el año de mi plan, el total de mis servicios del programa de exención no puede exceder los $135,000, de lo contrario ya no seré elegible para dicho programa.
- Entiendo que si elijo el programa de Exención de NC Innovations, se desarrollará un Plan de asistencia individual (ISP) para mí que reflejará los servicios para satisfacer mis necesidades. Mi gerente de cuidado me explicará el proceso de planificación y determinación de mi Presupuesto individual.
- Mi ISP se volverá a desarrollar anualmente antes del mes de mi cumpleaños. Entiendo que el programa de exención de NC Innovations prestará los servicios en función de mi ISP.
- Entiendo que se me podría exigir el pago de un deducible mensual de Medicaid si esto es parte de mi elegibilidad financiera para los servicios de exención. Mi gerente de cuidado podrá ayudarme a obtener información sobre los deducibles de Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales local.
- Entiendo que colaboraré en el proceso de evaluación para incluir, entre otros aspectos, la evaluación de Supports Intensity Scale™ (con una frecuencia no menor de dos años), la Evaluación de las necesidades de asistencia y del riesgo de NC Innovations y el Nivel de atención. El perfil de evaluación de necesidades de asistencia de Carolina del Norte (North Carolina Support Needs Assessment Profile, NC-SNAP), puede utilizarse en lugar de Supports Intensity Scale™ durante los primeros años de mi participación en el programa de exención de NC Innovations. La División de beneficios para la salud (DHB) decide cuándo debe utilizarse NC SNAP en lugar de SIS™.
- Entiendo que el gerente de cuidado monitoreará y evaluará mi ISP y que podré comunicarme con él en cualquier momento si tengo preguntas sobre mi ISP, mi presupuesto individual o los servicios que recibo.
- Entiendo que tengo el derecho de elegir a un proveedor dentro de la misma red de proveedores de (ingresar el nombre del PIHP).
- Entiendo que debo reunirme con mi gerente de cuidado para realizar actividades de coordinación de la atención/gestión de la atención en el hogar o en el lugar donde viva mi familia y/o en todos los entornos donde se proporcionen los servicios para que el gerente de cuidado pueda **acceder a todos los entornos donde se proporcionen los servicios.** El gerente de cuidado programará las reuniones con la frecuencia necesaria para garantizar la correcta implementación del servicio y la satisfacción de las necesidades del participante. También puedo solicitar reuniones.
- Entiendo que debo notificar al gerente de cuidado sobre cualquier inquietud acerca de los servicios prestados.
- Entiendo que debo notificar al gerente de cuidado sobre cualquier cambio en la dirección, el número de teléfono, el estado del seguro y/o la situación financiera antes de realizar un cambio o inmediatamente después de que suceda.

- Entiendo que debo notificar al gerente de cuidado sobre cualquier cambio en la conducta o en el medicamento, como también cualquier cambio en mi estado de salud.
- Entiendo que debo asistir a las consultas programadas por el Departamento de Servicios Sociales (DSS) para determinar la renovación de Medicaid a fin de garantizar la continuidad de mi elegibilidad para Medicaid.
- Entiendo que recibiré una copia de información educativa sobre el programa de exención de NC Innovations que me ayudará a entender los servicios disponibles a través del programa de exención de NC Innovations y las pautas que deben seguirse para garantizar la elegibilidad continua.
- Entiendo que (ingresar el nombre del PIHP) es responsable de garantizar la disponibilidad de una red adecuada de agencias prestadoras para promover las opciones del participante.

- Entiendo que (ingresar el nombre del PIHP) facilitará la disponibilidad de un gerente de cuidado para brindar asistencia en la coordinación de la atención/gestión de la atención lo cual incluirá:
    - Una evaluación para determinar las necesidades del servicio para incluir en la Evaluación de necesidades de asistencia y del riesgo de NC Innovations, entre otros.
    - Trabajar con el Equipo de planificación de apoyo individual para coordinar y documentar el Plan de apoyo individual (ISP).
    - Solicitar todos los servicios en el programa de exención de Innovations según se indica en el ISP.
    - El conocimiento del participante sobre el monto de su presupuesto individual y el proceso utilizado para establecer este presupuesto e implementar cualquier cambio necesario.
    - La supervisión de todos los servicios autorizados para garantizar que se presten tal como se describieron en el ISP y que satisfagan las necesidades del participante.
    - Asistir al participante la coordinación de los beneficios a través de Medicaid y la gestión de otras fuentes para incluir, si es necesario, el vínculo con el Departamento de Servicios Sociales local con respecto a la coordinación de los deducibles de Medicaid.
    - La respuesta a todos los reclamos o las inquietudes y su resolución dentro de los 30 días de la presentación del reclamo sobre los servicios de NC Innovations.
    - La promoción de la facultad del participante para liderar su planificación de asistencia individual, la toma de decisiones sobre el uso de fondos de la exención y la supervisión de los servicios del programa de exención en la medida en que lo decidan.
    - La obtención de un pedido de parte del médico del participante de todos los suministros médicos y equipos especializados necesarios.
    - La asistencia al participante para obtener toda la información necesaria para realizar una elección informada del proveedor dentro de la red de (ingresar el nombre del PIHP), incluso la notificación del Departamento de Gestión de Redes

de (ingresar el nombre del PIHP) si se necesitan proveedores fuera de la red actual de (ingresar el nombre del PIHP).

| | |
|---|---|
| Nombre del participante | Fecha |
| Firma del participante<br>(o representante autorizado) | Fecha |

# Apéndice B
## Limitaciones del servicio de NC Innovations

| Edad/Estado del participante | Vive en un entorno residencial, incluido AFL | Vive en un hogar privado |
|---|---|---|
| **Adulto** | No más de 40 horas por semana, cualquier combinación:<br>• Red comunitaria<br>• Asistencia de día *y/o*<br>• Servicios de apoyo en el empleo<br>Puede recibir hasta una sesión diaria de asistencia residencial | No más de 84 horas por semana, cualquier combinación:<br>• Red comunitaria<br>• Asistencia de día<br>• Empleo con asistencia<br>• Asistencia y vida comunitaria |
| **Niño en edad escolar (de 0 a 17 años o mayor de 18 años e inscrito en la escuela)** | No más de 20 horas por semana, cualquier combinación:<br>• Red comunitaria<br>• Asistencia de día *y/o*<br>• Empleo con asistencia<br>• Especializados<br>Puede recibir hasta una sesión diaria de asistencia residencial | No más de 54 horas por semana, cualquier combinación:<br>• Red comunitaria<br>• Asistencia de día<br>• Empleo con asistencia<br>• Asistencia y vida comunitaria |
| **Niños, mientras la escuela no se encuentra en período de clases (de 0 a 17 años o mayor de 18 años e inscrito en la escuela)** | No más de 40 horas por semana, cualquier combinación:<br>• Red comunitaria<br>• Asistencia de día *y/o*<br>• Servicios de empleo<br>Puede recibir hasta una sesión diaria de asistencia residencial | No más de 84 horas por semana, cualquier combinación:<br>• Red comunitaria<br>• Asistencia de día<br>• Empleo con asistencia<br>• Asistencia y vida comunitaria |

## Servicios no sujetos a límites en conjuntos de servicios

| | | |
|---|---|---|
| **Servicios adicionales incluidos en el presupuesto individual** | • Relevo (solo AFL) | • Relevo |
| **Servicios adicionales: Complementos para el presupuesto individual** | • Equipos y suministros de tecnología de asistencia<br>• Asesor de la comunidad<br>• Transición a la comunidad<br>• Servicios de crisis<br>• Educación con apoyo natural<br>• Servicios especializados de consulta | • Equipos y suministros de tecnología de asistencia<br>• Asesor de la comunidad<br>• Transición a la comunidad<br>• Servicios de crisis<br>• Modificaciones en el hogar<br>• Educación con apoyo natural<br>• Servicios especializados de consulta<br>• Modificaciones al vehículo |
| **Disponible para participantes que se autodirigen los servicios** | • Productos y servicios individuales<br>• Servicios de apoyo financiero | • Productos y servicios individuales<br>• Servicios de apoyo financiero |

## Registro de revisión y revisiones

| FECHA | PÁGINA/SECCIÓN | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| Junio de 2012 | Todo el documento | Revisión del CFAC, de la DMA e interdepartamental. |
| Abril de 2013; agosto de 2013 | Todo el documento | Revisado por el personal de IDD; no necesita revisión; Aprobación interdepartamental |
| Noviembre de 2013 | Todo el documento | Revisado por IDD; actualizaciones/revisiones según resulten necesarias en el documento; revisión significativa de la sección sobre familiares y tutores legales como proveedores directos de servicios; e interdepartamental. |
| Abril de 2014 | Mensaje del CEO | Cambio de personal reflejado |
| Octubre de 2014 | Todo el documento | Revisado por IDD; actualizaciones/revisiones según resulten necesarias en el documento; año del programa de exención revisado; Tres definiciones de servicio agregaras; Revisión interdepartamental y de la DMA |
| Abril de 2015 | Todo el documento | Revisado por IDD; actualizaciones/revisiones según resulten necesarias en el documento; Revisión significativa de secciones: Servicios dirigidos por el proveedor frente a servicios dirigidos por la persona y la familia y familiares y tutores legales como proveedores de servicio directos. Revisión interdepartamental y de la DMA |
| Diciembre de 2015 | Todo el documento | Cambios de idioma respecto de IDD debido a derechos de proceso Revisión interdepartamental y de la DMA |
| Agosto de 2018 | Todo el documento | Revisado por IDD; actualizaciones/revisiones según resulten necesarias en el documento; Revisión interdepartamental y de la DMA |
| Noviembre de 2019 | Todo el documento | Revisado por IDD; actualizaciones/revisiones según resulten necesarias en el documento; Revisión interdepartamental y del DHB |
| Septiembre de 2021 | Todo el documento | Lenguaje y roles actualizados para los equipos de atención, lenguaje JCB362 agregado que permite presupuestos superiores a $ 135.000 (página 12) |
| Octubre de 2022 | Revisiones de la organización externa de revisión de calidad (External Quality Review Organization, EQRO) | Documento completo, incluyendo adición de los condados de Mecklenburg y Orange al área de captación |
| Febrero de 2024 | Todo el documento | Se agregó el condado de Harnett |