

# Derechos y responsabilidades de los participantes

---

## Servicios financiados por la DDA

### Antecedentes y propósito

La Administración de Discapacidades Desarrolladas (DDA, por sus siglas en inglés) brinda apoyo a niños y adultos calificados con discapacidades intelectuales y desarrolladas, así como a sus familias, para que puedan vivir de manera independiente dentro de su comunidad y desenvolverse.

Este documento explica sus derechos y responsabilidades como persona que recibe servicios a través del Programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad de Medicaid, operado por la DDA, o mediante fondos estatales de la DDA.

Estos derechos y responsabilidades también se aplican a cualquier tutor legal y/o representante designado que actúe en nombre del participante.

La participación en cualquiera de los programas de la DDA requiere que el participante, junto con su representante legalmente autorizado o representante designado (según corresponda), cumpla con estos derechos y responsabilidades, así como con todas las leyes, reglamentos y requisitos aplicables.

Este documento le proporciona información importante sobre las normas que usted, su tutor legal o su representante designado (según corresponda) deben seguir al recibir servicios a través de un programa de la DDA. Estas normas provienen del Programa de Exención de Medicaid de la DDA, aprobado a nivel federal, así como de otras leyes y reglamentos aplicables. Si no se cumplen dichas leyes y reglamentos, la DDA podrá dar de baja (retirar) al participante del programa.

Este documento debe ser revisado junto con su Coordinador de Servicios Comunitarios (CCS), firmado y adjuntado con cada Plan Centrado en la Persona, tanto en su versión inicial como en la anual.

Si necesita esta información en un formato diferente o de una manera que le resulte más fácil de comprender —por ejemplo, en letra grande, Braille, audio, formato electrónico o en otro idioma—, por favor infórmese a su Coordinador de Servicios Comunitarios. La DDA se compromete a proporcionar la información de la manera que mejor se adapte a sus necesidades.

## Derechos y responsabilidades generales – Autoridad para la toma de decisiones

Entiendo que:

1. Tomaré mis propias decisiones bien pensadas sobre mis objetivos, servicios, modelos de servicio y proveedores de servicios.

2. Si tengo un tutor legal, mi tutor legal tomará las decisiones en mi nombre.

a. Los tutores legales deben aplicar, en primer lugar, un **criterio sustituto**.

Si esto no es posible, las decisiones deberán tomarse basándose en mis mejores intereses.

b. Los tutores legales están obligados a completar una capacitación, incluyendo la capacitación sobre el **criterio sustituto**, tal como lo exigen los [tribunales de Maryland](#).

c. El **criterio sustituto** significa que una persona que me conoce bien toma decisiones de la misma manera en que yo las tomaría, basándose en mis valores, preferencias y decisiones pasadas, y no en lo que le resulte más fácil para mis tutores o en lo que mis tutores deseen personalmente.

3. Siempre puedo recibir apoyo de personas de mi confianza para tomar decisiones. A esto se le denomina “Tomar Decisiones con Apoyo”.

a. Tomar Decisiones con Apoyo es un método mediante el cual los adultos pueden recibir ayuda de personas de su confianza para comprender las opciones que están disponibles y poder tomar sus propias decisiones.

b. Puedo solicitar a cualquier persona que deseo para que me ayude a tomar decisiones para leer y comprender los recursos sobre Tomar Decisiones con Apoyo que se indican a continuación.

c. Puedo formalizar un acuerdo para Tomar Decisiones con Apoyo con las personas que me brindarán dicho respaldo.

4. También puedo recibir apoyo para la toma de decisiones por parte de una persona legalmente responsable, un familiar u otro miembro del equipo. Estas personas pueden ayudarme a tomar decisiones y a recibir los servicios correspondientes a mi exención.

a. Todo apoyo que reciba de personas legalmente responsables, familiares o miembros del equipo debe centrarse en lo que sea mejor para mí y debe reflejar mis derechos, preferencias y mejores intereses.

b. Es posible que requiera que las personas legalmente responsables, familiares o miembros del equipo que me asisten a tomar decisiones para leer y comprender los recursos sobre Tomar Decisiones con Apoyo que se indican a continuación.

c. Puedo formalizar un acuerdo para Tomar Decisiones con Apoyo junto con las personas legalmente responsables, familiares o miembros del equipo que me brindarán dicho respaldo.

d. Puedo modificar o dar por terminado el acuerdo para Tomar Decisiones con Apoyo con las personas legalmente responsables, familiares o los miembros del equipo en cualquier momento.

5. Recursos sobre Tomar Decisiones con Apoyo:

a. [Derechos de las personas con Discapacidad en Maryland - Recursos sobre Tomar Decisiones con Apoyo](#)

b. [Consejo de Discapacidades Desarrollada en Maryland - Hoja informativa sobre Tomar Decisiones con Apoyo](#)

c. [Tomar Decisiones con Apoyo para jóvenes y adultos con Discapacidades Intelectuales Desarrolladas \(IDD\)](#)

d. [Alternativas a la tutela, Parte 8: Tomar Decisiones con Apoyo](#)

e. Modelo de un Acuerdo para el método Tomar Decisiones con Apoyo

- o [Suplemento para un Apoyo Alternativo](#)
- o [Suplemento para un Apoyo Adicional](#)

## **Derechos y responsabilidades generales - Requisitos de elegibilidad y el Plan Centrado en mi Persona**

Entiendo que:

1. Para recibir servicios financiados por la DDA, debo cumplir —tanto inicialmente como de manera continua— con todos los requisitos de elegibilidad del Programa de la DDA para la exención de Medicaid. Esto significa que debo, con el apoyo de mi Coordinador de Servicios Comunitarios:

a. Presentar estados financieros y documentación anuales o actualizados ante la Oficina de Servicios de Elegibilidad, y proporcionar una copia a mi Coordinador de Servicios Comunitarios;

- b. Contar con un Plan Anual Centrado en mi Persona que esté vigente y aprobado por la DDA;
  - c. Y ser recertificado para cumplir con el nivel médico de atención requerido.
2. Soy consciente que debo seguir recibiendo servicios de manera activa para cumplir con los requisitos de elegibilidad del Programa de la DDA. Esto significa que, si no he recibido ningún servicio financiado por la exención de Medicaid en un plazo de 183 días naturales, podría ser dado de baja (eliminado) del programa.
3. Además de mi Coordinador de Servicios Comunitarios (CCS), puedo elegir a miembros de mi equipo de Planificación Centrada en mi Persona para que me asistan en el desarrollo de mi trayectoria (camino) hacia una buena vida y para identificar los apoyos y servicios que necesito para alcanzar mis metas.
4. Yo, mi tutor legal o mis representantes designados debemos ser capaces de tomar decisiones informadas sobre mis servicios del DDA. Esto es para asegurar que:
- a. Mi atención no empeore ni se interrumpa;
  - b. Mi salud y seguridad no se pongan en riesgo; y
  - c. Que se cumplan todas las leyes, normas y requisitos del programa.
5. Yo, mi tutor legal o mis representantes designados tenemos derecho a elegir la fecha de mi primer Plan Centrado en mi Persona (PCP). Esta fecha permanecerá igual cada año y se referirá como mi Fecha del Plan Anual. Esta fecha determina cuándo se celebrará mi reunión anual del plan, cuándo vence mi próximo Plan Centrado en mi Persona y cuándo deben realizarse las visitas de monitoreo y seguimiento.
6. Solicito recibir documentos de mi Plan Centrado en mi Persona, mis metas, objetivos, necesidades y servicios en el marco del Programa de la DDA.
7. Cuando corresponda, el Plan de Implementación de Servicios (SIP) es el formulario que utiliza mi proveedor elegido para indicar cómo me ayudará a alcanzar mis metas. Dicho plan debe incluir pasos claros, cronogramas y estrategias específicas para mis resultados esperados. Cuando mi Coordinador de Servicios Comunitarios revise este documento conmigo, podré aceptar o rechazar el Plan de Implementación de Servicios antes de mi reunión anual del Plan Centrado en mi Persona.
8. Debo colaborar con mi Coordinador de Servicios Comunitarios y con el equipo de Planificación Centrada en mi Persona que he elegido para elaborar y presentar mi Plan Centrado en mi Persona y, si corresponde, la Hoja de Presupuesto de Servicios Autodirigidos (SDS) —solo para servicios SDS— cada año, de acuerdo con mi Fecha del Plan Anual, o con mayor frecuencia si mis necesidades cambian.

9. Comprendo que el Plan Centrado en mi Persona debe estar completo, incluyendo la documentación que justifique las necesidades evaluadas, y debe presentarse con al menos 20 días hábiles de anticipación a la Fecha del Plan Anual, a fin de que la DDA disponga de tiempo para revisar y aprobar el plan antes de que venza la fecha del plazo anual.

10. Durante el período de revisión del Plan Centrado en mi Persona —que abarca 20 días—, debo colaborar con mi Coordinador de Servicios Comunitarios y con mi equipo de Planificación Centrada en mi Persona para responder a cualquier solicitud de aclaración en un plazo de cinco días hábiles.

11. Comprendo que, una vez que la DDA haya emitido hasta tres solicitudes de aclaración dentro del plazo de 20 días hábiles, mi Plan Centrado en mi Persona puede ser denegado; en tal caso, tendré derecho a presentar una apelación.

12. Mi Plan Centrado en mi Persona debe ser revisado, aprobado y activado por la DDA antes que los servicios puedan empezar en la fecha de vigencia (fecha de inicio) del plan.

13. Todos los pagos de cualquiera de los bienes y servicios que reciba, los cuales son financiados por la DDA, se realizarán a través del sistema *LTSSMaryland* para los Servicios Gestionados por el Proveedor, o a través del proveedor de Servicios de Gestión Financiera y Asesoramiento si decido autogestionar mis servicios.

14. Todos los empleados, vendedores y proveedores de quienes decida recibir apoyos y servicios deben cumplir con los requisitos necesarios como estar calificados, contar con la licencia y certificación (según corresponda), ya sea para empleados y proveedores, a fin de prestar los servicios que han acordado brindar en mi Plan Centrado en mi Persona.

15. Entiendo que, si estoy recibiendo servicios individuales y convivo con otra persona que también recibe servicios individuales, dichos servicios no podrán ser prestados por el mismo personal de manera simultánea.

16. Debo informar a mi Coordinador de Servicios Comunitarios sobre cualquier problema que esté experimentando o cualquier cambio que necesite en mis servicios —especialmente antes que finalice el año de mi Plan Centrado en mi Persona— para que pueda ayudarme a actualizar y revisar mi plan, y enviar la solicitud a la DDA.

17. Mi Coordinador de Servicios Comunitarios debe proporcionarme una copia de mi Plan Centrado en mi Persona aprobado; asimismo, puedo solicitar una copia en cualquier momento.

18. Puedo cambiar de proveedor en cualquier momento comunicándome con:

- a. Mi Coordinador de Servicios Comunitarios, para cambiar de proveedor;

- b. El supervisor del Coordinador de Servicios Comunitarios, para cambiar a mi Coordinador de Servicios Comunitarios asignado;
- c. La Oficina Regional de la DDA, para cambiar la agencia de mi Coordinador de Servicios Comunitarios.

## **Derechos y responsabilidades generales – Mis servicios, salud y seguridad**

Entiendo que:

1. Debo permitir que mi Coordinador de Servicios Comunitarios (CCS) me **visite en persona en el lugar donde recibo los servicios**. Estas visitas de monitoreo y seguimiento tienen como finalidad asegurar que mis servicios se estén prestando tal como se describe en mi Plan Centrado en mi Persona, que esté logrando avances y que me esté cuidando y esté bien de salud.
  - o Lo que esto significa para mí:
    - Tendré cuatro visitas en persona cada año (una por trimestre).
    - Los plazos de las fechas de estas visitas corresponden con la fecha de mi Plan Anual, y cada visita debe completarse antes de su vencimiento.
    - Puedo preguntar a mi Coordinador de Servicios Comunitarios, con anticipación, cuándo toca cada visita.
    - Las visitas se llevarán a cabo en los lugares donde recibo mis servicios.
    - Cada trimestre, las visitas se alternarán entre los diferentes lugares de prestación de servicios (por ejemplo: el hogar, el programa diurno, el lugar de empleo o la comunidad), según corresponda.
    - Las visitas también abarcarán los diferentes servicios que recibo a lo largo del año.
    - Debo colaborar con mi Coordinador de Servicios Comunitarios para planificar estas visitas con la debida anticipación.
2. Debo mantener mi información de contacto actualizado, informando a mi Coordinador de Servicios Comunitarios si mi dirección, número de teléfono, correo electrónico u otros datos de contacto han cambiado.
3. Debo notificar de inmediato a mi Coordinador de Servicios Comunitarios sobre cualquier cambio en mis necesidades de salud o integridad, o sobre cualquier caso

de emergencia que pueda requerir una modificación en el tipo o la cantidad de servicios que están incluidos en mi Plan Centrado en mi Persona.

4. Debo reportar (informar) a mi Coordinador de Servicios Comunitarios sobre cualquier incidente, tal como lo exige la DDA y según se estipula en las leyes, reglamentos y políticas aplicables; esto incluye, entre otros documentos, la Política de la DDA sobre Incidentes que se Reportan e Investigaciones (PORII).

5. Debo permitir que la DDA, u otro personal del Departamento de Salud de Maryland, visite mi hogar o mi comunidad —en un horario razonable— para llevar a cabo las revisiones de cumplimiento y encuestas de satisfacción que sean requeridas (con el fin de verificar que se estén cumpliendo las normas y de consultar sobre mi nivel de satisfacción al respecto).

6. Debo atender y corregir todos los problemas relacionados con la salud, la seguridad y los requisitos del programa que la DDA identifique, actuando siempre en conformidad con las leyes, reglamentos y políticas aplicables.

7. Puedo solicitar una exención de los requisitos del Sistema de Verificación Electrónica de Visitas (EVV) para mi(s) cuidador(es) residente(s) (persona que vive conmigo y trabaja para mí) que me brinde(n) Apoyo Personal (PS) y/o Servicios de Cuidado de Relevo Temporal. Una vez que la DDA apruebe mi solicitud, mi(s) cuidador(es) residente(s) no tendrán que registrar su entrada y salida en tiempo real.

8. Como parte de la Norma sobre Entornos Comunitarios, tengo derecho a contar con:

- Una copia de mi contrato de arrendamiento u otro acuerdo legal vinculado con el lugar donde resido;
- Una llave de la puerta principal de mi hogar;
- La capacidad de cerrar con llave la puerta de mi dormitorio, tanto desde el interior como desde el exterior;
- Acceso a alimentos dentro de mi hogar;
- Visitas.

## **Servicios Autodirigidos - Derechos y Responsabilidades – Mi Presupuesto**

Las políticas, regulaciones y el Apéndice E-1, Sección g. del Programa de Exención de Medicaid operado por la DDA explican los servicios para los cuales tengo autoridad presupuestaria (lo cual significa tener la gestión/el control sobre la asignación de mi presupuesto autodirigido otorgado por la DDA). Por lo tanto, entiendo que:

1. Yo elijo cómo se gasta mi presupuesto basándome en los servicios y la financiación aprobados por la DDA en mi Plan Centrado en mi Persona y en mi Hoja de Presupuesto de Servicios Autodirigidos, lo cual incluye:

- a. Transferir mis fondos (dinero) entre los servicios de la DDA aprobados en mi Plan Centrado en mi Persona y en mi Hoja de Presupuesto de Servicios Autodirigidos para satisfacer mis distintas necesidades (siempre que el cambio se ajuste a los estándares establecidos por la DDA);
- b. Decidir cuánto pagar por mis servicios, basándome en la financiación aprobada por la DDA (mi presupuesto) y en los estándares razonables y habituales determinados por la DDA;
- c. Contratar empleados, vendedores y proveedores de bienes y servicios, siempre y cuando cumplan con las calificaciones requeridas, según lo confirmado por el proveedor de Servicios de Gestión Financiera y Asesoramiento;
- d. Cambiar quién provee los bienes y servicios, siempre y cuando el empleado, vendedor y/o proveedor esté aprobado por el proveedor de Servicios de Gestión Financiera y Asesoramiento y cumpla con todas las calificaciones necesarias;
- e. Programar la prestación de los servicios (es decir, la hora del día en que se prestarán los servicios);
- f. Especificar cualquier calificación adicional necesaria para los empleados, vendedores y proveedores de servicios, más allá de las calificaciones mínimas exigidas por la DDA; y
- g. Revisar y aprobar las facturas u hojas de registro de horas laboradas correspondientes a los servicios realmente prestados por los empleados, vendedores y proveedores, y así prevenir fraude a Medicaid.

2. Todos los gastos de fondos deben realizarse de conformidad con mi Plan Centrado en mi Persona y mi Hoja de Presupuesto de Servicios Autodirigidos, y deben cumplir con todos los requisitos del programa.

3. No puedo gastar más de la cantidad asignada en mi Hoja de Presupuesto Autodirigido durante el año de mi Plan Centrado en mi Persona.

4. Mi Hoja de Presupuesto de Servicios Autodirigidos debe incluir todos los costos correspondientes a los salarios de los empleados,

impuestos, otros costos relacionados con los empleados y como también cualquier licencia remunerada exigida por la ley.

5. Debo cumplir con todos los requisitos (seguir todas las normas) para mantener los registros lo más preciso (correctamente), completar la planilla a tiempo, asegurarme de que las hojas de registro de horas y las facturas estén correctas, firmar las hojas de registro de horas y completar los documentos fiscales.

6. Debo presentar la documentación requerida para respaldar las reclamaciones de pago de hojas de registro de horas y facturas ante el proveedor de Servicios de Gestión Financiera y Asesoramiento, incluyendo, entre otros, las hojas de registro de horas y las facturas que he verificado como veraces y correctas.

7. Solo puedo presentar reclamaciones de pago por bienes y servicios autorizados por la DDA en mi Plan Centrado en mi Persona y en mi Hoja de Presupuesto de Servicios Autodirigidos, que realmente me hayan sido proporcionados.

8. La DDA, el Programa Medicaid de Maryland o cualquier otra agencia estatal responsable de garantizar que los fondos de los contribuyentes se gasten únicamente según lo autorizado, tienen el derecho de revisar todos los registros que yo y/o el proveedor de Servicios de Gestión Financiera y Asesoramiento hayamos mantenido, los cuales demuestren la financiación solicitada al Programa de Exención de Medicaid de la DDA y los servicios o bienes que realmente he recibido.

## **Servicios Autodirigidos – Derechos y Responsabilidades – Mi función como empleador**

El Apéndice E-1, Sección g., de la solicitud del Programa de Exención de Medicaid de la DDA designa los servicios para los cuales tengo autoridad como empleador.

Si tengo autoridad como empleador para un servicio determinado del Programa de Exención de Medicaid de la DDA, entonces entiendo que:

1. Soy el empleador registrado, lo que significa que soy legalmente responsable de pagar a los empleados, incluyendo de efectuar las retenciones aplicables por ley y el pago de impuestos federales, estatales y locales. Soy responsable del cumplimiento de las leyes laborales pertinentes. Debo seguir todas las leyes laborales vigentes.
2. Como empleador registrado, tengo autoridad para tomar decisiones sobre el personal de apoyo directo individual que contrato para prestar mis servicios del

Programa de Exención de Medicaid de la DDA, de conformidad con las leyes laborales vigentes y los requisitos del Programa de Exención de Medicaid de la DDA, lo cual incluye:

- a. Reclutar y seleccionar personal para empleo;
- b. Contratar, gestionar y dar por terminada (despedir) la relación laboral del personal;
- c. Verificar (comprobar) las calificaciones del personal, lo que incluye obtener un historial delictivo y/o realizar una verificación de antecedentes, asimismo el proveedor de Servicios de Gestión Financiera y Asesoramiento también se asegura, de manera independiente, de que los futuros candidatos cumplan con las calificaciones mínimas para recibir financiación por los servicios a través del Programa de Exención de Medicaid de la DDA;
- d. Determinar los deberes del personal de acuerdo con los requisitos del Programa de Exención de Medicaid de la DDA para los servicios a prestar;
- e. Determinar los salarios y beneficios del personal, sujeto a los fondos aprobados en la Hoja de Presupuesto de Servicios Autodirigidos y a cualquier otro requisito de la DDA;
- f. Programar los horarios del personal;
- g. Mostrar y enseñar al personal en qué consiste su trabajo;
- h. Supervisar al personal;
- i. Evaluar el desempeño del personal; y
- j. Verificar (revisar) las horas trabajadas por el personal y aprobar las hojas de registro de horas.

3. Soy responsable del envío de las solicitudes de pago (reclamaciones) al proveedor de Servicios de Gestión Financiera y Asesoramiento para mi personal, basándome en mi presupuesto aprobado (la autoridad que tengo sobre mi presupuesto, tal como se describió anteriormente). Si no realizo esta gestión, es posible que mi personal no reciba su pago por parte del Programa de Exención de Medicaid de la DDA.

4. Entiendo que Medicaid tiene normas que debo cumplir. Si presento una reclamación falsa, podría perder mis beneficios de Medicaid por un período de tiempo o incluso de forma permanente. También podría tener que reembolsar cualquier suma de dinero que se haya pagado por error como consecuencia de una reclamación falsa.

5. Debo elaborar un plan de respaldo para garantizar mi salud y seguridad, en caso de que mi personal no pueda asistir a trabajar.

6. Es posible que se me exija —o que yo decida— contratar a un Intermediario de Apoyo para que me instruya y asesore en mi función como Empleador; esto debe incluirse y ser aprobado por la DDA en mi Plan Centrado en mi Persona y en mi Hoja de Presupuesto de Servicios Autodirigidos. Entiendo que debo contratar a un Intermediario de Apoyo si:

a. Contrato a un familiar, a una persona legalmente responsable, a un representante designado para el cobro de beneficios o a un tutor legal para que preste servicios bajo la exención de Medicaid;

b. Seleccione a un familiar, a un tutor legal o a una persona legalmente responsable para que actúe como mi representante designado; o

c. Contrato a cualquier persona o proveedor para que me brinde Apoyos Administrativos Dia-a-Dia.

7. Soy responsable de asegurar que las decisiones que tome al gestionar mis propios servicios, bajo el modelo de prestación de Servicios Autodirigidos, no tengan un impacto negativo en mi salud, seguridad o bienestar.

8. Debo mantener registros claros y precisos de todos los servicios y bienes (artículos) que haya recibido y que hayan sido financiados por el Programa de la DDA, conservándolos por un período de hasta 6 años a partir de la fecha en que los recibí.

## Firma

Al firmar a continuación, yo —y, **si corresponde**, mi tutor legal o representante designado— reconozco por la presente que he recibido y leído este documento. Soy consciente de que, si tengo alguna pregunta, debo comunicarme con mi Coordinador de Servicios Comunitarios o con la Oficina Regional de la DDA.

---

Nombre del participante

---

Firma del participante

---

Fecha

---

Nombre del tutor legal (si lo hay)  
participante

---

Relación con el

---

Firma del tutor legal

---

Fecha



\_\_\_\_\_  
 Persona de apoyo en la toma de decisiones (si la hay)      Relación con el  
 participante

\_\_\_\_\_  
 Firma de la persona de apoyo en la toma de decisiones      Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre del representante designado (si lo hay)      Relación con el  
 participante

\_\_\_\_\_  
 Firma del representante designado      Fecha

\_\_\_ Marque esta casilla si el participante, su tutor legal o su representante designado recibieron el documento, pero no pudieron o no quisieron firmarlo.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del testigo      Relación del testigo con el  
 participante/Función

\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo      Fecha