

Exención de Community Pathways

En este documento se muestran **únicamente los cambios propuestos** a la exención.

No incluye el documento completo de la exención.

Apéndice B: Acceso y elegibilidad de los participantes

B-1: Especificación del(de los) grupo(s) destinatario(s) de la exención

b. Criterios adicionales: El estado especifica además su(s) grupo(s) destinatario(s) de la siguiente manera:

Para ser elegible para participar en el programa de exención de Medicaid, un solicitante o participante debe cumplir con todos los siguientes requisitos técnicos de elegibilidad:

3. ~~La persona no reside actualmente en una institución durante 30 días calendario consecutivos, o reside en una institución y tiene una fecha propuesta de alta de dicha institución.~~ La persona no reside actualmente en una institución durante 30 días calendario consecutivos, o reside en una institución y tiene una fecha propuesta de alta de dicha institución.

Apéndice B: Acceso y elegibilidad de los participantes B-2: Límite de costo individual

a. Límite de costo individual: El siguiente límite de costo individual se aplica al determinar si se deben negar los servicios basados en el hogar y la comunidad o el ingreso a la exención a una persona que, de otro modo, sería elegible (*seleccione uno*). Tenga en cuenta que un estado puede tener solo UN límite de costo individual para determinar la elegibilidad para la exención:

☒ **Sin límite de costo.** El estado no aplica un límite de costo individual. *No complete el punto B-2-b ni el punto B-2-c.*

☒ **Límite de costo superior al costo institucional.** El estado rechaza el ingreso a la exención de cualquier persona que, de otro modo, sería elegible cuando el estado razonablemente espere que el costo de los servicios basados en el hogar y la comunidad que se proporcionaron a esa persona supere el costo del nivel de atención especificado para la exención, hasta el monto especificado por el estado. *Complete los puntos B-2-b y B-2-c.*

☒ **Otros**

Especifique:

El estado aplicará un límite de autorización presupuestaria de \$500,000 para el plan centrado en la persona.

Se aplicará un proceso de excepción al límite presupuestario para los planes que respalden la salud y la seguridad dentro de los límites de servicios de la exención, pero que superen el límite de autorización presupuestaria de \$500,000, hasta un **máximo de \$625,000**. Los criterios para la excepción se basan en cumplir uno de los siguientes:

1. El participante tiene un plan de apoyo conductual y documentación de respaldo que demuestra la necesidad de una relación de personal a participante de 1:1 o 2:1 para apoyar necesidades conductuales específicas.
2. El participante tiene un plan de atención de enfermería y documentación de respaldo que demuestra la necesidad de una relación de personal a participante de 1:1 o 2:1 para apoyar necesidades específicas de salud y seguridad.
3. La diferencia entre las tarifas estándar y las tarifas geográficas provoca que el plan supere el límite presupuestario.

El estado modificará el límite de autorización presupuestaria de \$500,000 del plan centrado en la persona según los cambios anuales de tarifas aplicables.

b. Método de implementación del límite de costo individual: Cuando se especifica un límite de costo individual en el punto B-2-a, indique los procedimientos que se siguen para determinar, antes del ingreso a la exención, que la salud y el bienestar de la persona se pueden asegurar dentro del límite de costo.

Para la solicitud del programa de exención de Medicaid es necesario un plan centrado en la persona. El plan centrado en la persona incluye diversos recursos y apoyos, además de los servicios de Medicaid y de la exención, para respaldar las metas del individuo, y su salud y seguridad.

Los servicios de la exención se autorizan en función de la necesidad evaluada. Como se indica en el Apéndice D, se emplea un proceso de planificación centrado en la persona para elaborar el plan centrado en la persona. Además de recopilar información, evaluaciones y documentación de respaldo sobre las necesidades, preferencias, resultados de vida y estado de salud del participante provenientes de diversas fuentes, el coordinador de servicios comunitarios emplea la herramienta de evaluación de riesgos de salud (HRST, en inglés).

La herramienta de evaluación de riesgos de salud evalúa las necesidades de salud y seguridad del participante, especialmente en relación con lo siguiente: seguridad en la comunidad, necesidades de salud y médicas, sexualidad y relaciones, abuso, negligencia, fuga o abandono del lugar de supervisión, explotación financiera, conductas, entorno del hogar, seguridad contra incendios, cuidado personal y vida diaria, salud mental, intervención policial, consentimiento informado, otros factores según la edad y circunstancias del participante.

También se puede presentar documentación adicional que demuestre las necesidades evaluadas junto con el plan. Esto puede incluir evaluaciones formales de salud, comunicación o conducta de los profesionales calificados, como: médicos, profesionales de salud mental, especialistas en conducta, docentes especializados, otros profesionales de la salud con licencia, según corresponda.

Una declaración general o una prescripción que indique simplemente la necesidad de apoyo nocturno o personal "1:1" o "2:1" no es suficiente para justificar el nivel de apoyo solicitado. En la documentación de respaldo se debe describir claramente las necesidades específicas evaluadas del individuo, las tareas funcionales y apoyos que se otorgarán, las circunstancias en las que se necesita personal adicional, el nivel de capacitación o experiencia que el personal debe tener para brindar el apoyo de forma segura y eficaz. El equipo también debe considerar estrategias alternativas al uso de personal dedicado, incluido el uso de tecnología.

Las personas cuyo plan centrado en la persona no respalde su salud y bienestar no podrán ingresar al programa y recibirán información sobre su derecho de apelación.

Si el plan centrado en la persona supera el límite presupuestario individual, el coordinador de servicios comunitarios analizará con el solicitante o su representante el proceso de excepción, y formas de modificar los servicios solicitados, para mantener la salud y el bienestar del individuo.

Esto puede incluir, por ejemplo: organizar apoyos informales adicionales, asistir a programas comunitarios o para personas mayores (según corresponda), seleccionar un servicio más rentable, reducir las horas de servicio o los días de asistencia a servicios *Meaningful Day*. Sin embargo, la DDA no aprobará el plan centrado en la persona si determina que la reducción de servicios podría tener un impacto perjudicial en la salud y el bienestar del individuo.

Si el plan centrado en la persona satisface las necesidades de salud y seguridad, pero el costo total supera el límite presupuestario, el plan se evaluará mediante el proceso de excepción.

c. Garantías para los participantes: Cuando el estado especifica un límite de costo individual en el punto B-2 y se produce un cambio en la condición o circunstancias del participante después de ingresar a la exención que requieren servicios cuyo costo excede el límite para garantizar la salud y el bienestar del participante, el estado ha establecido las siguientes garantías para evitar un impacto adverso (*marque las que correspondan*):

☒ **Se deriva al participante a otra exención que se pueda adaptar a las necesidades de la persona.**

☐ **Es posible que se autoricen servicios adicionales que superen el límite de costo individual.**

Especifique los procedimientos para autorizar servicios adicionales,

incluido el monto que se puede autorizar:

☒ **Otras garantías**

Especifique:

El coordinador de servicios comunitarios (CCS, en inglés) trabajará con la persona para revisar todas las opciones de servicios y garantizar que los servicios se proporcionen de la manera más rentable posible.

Si la incorporación de servicios u horas provoca que los costos superen los \$500,000 debido a cambios como el deterioro de la salud, pérdida de apoyos no remunerados, la persona, con el apoyo de su coordinador de servicios comunitarios, podrá analizar otras opciones de servicios. Estas pueden incluir diferentes ejemplos de prestación de servicios (como servicios autodirigidos o servicios que los proveedores administran) u opciones de servicios residenciales (como vivienda compartida o vivienda con apoyo).

Si el plan centrado en la persona supera el límite presupuestario individual, el coordinador de servicios comunitarios analizará con el solicitante o su representante el proceso de excepción, y formas de modificar los servicios solicitados, para mantener la salud y el bienestar del individuo.

~~Si no existe una solución dentro de la exención, el coordinador de servicios comunitarios trabajará con la persona y sus representantes para desarrollar un plan de alta del programa.~~ Si otra exención de Medicaid ofrece mayor flexibilidad, el coordinador de servicios comunitarios ayudará a derivar a la persona a ese programa.

El coordinador de servicios comunitarios también puede conectar a la persona con los siguientes:

1. servicios del plan estatal de Medicaid;
2. recursos y apoyos comunitarios fuera de la exención; y
3. el programa *Maryland Access Point* (MAP) u otra agencia adecuada.

El personal de *Maryland Access Point* conoce los recursos comunitarios locales y puede ayudar con asesoramiento sobre beneficios, especialmente cuando una persona podría perder la elegibilidad para Medicaid.

La unidad de Medicaid del Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, en inglés) también puede participar cuando una persona tiene preguntas sobre la elegibilidad para Medicaid o necesita ayuda para solicitar servicios y apoyos a largo plazo.