



Region	_____
Rate Code	_____
Date received	_____
Sent to IAC	_____

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA ADULTOS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DD)

Esta aplicación es para los participantes de Medicaid que cumplen 18 años o más y han sido determinados como elegibles financieramente para Medicaid. Si actualmente no tiene Medicaid Mejorado, se le recomienda que presente una solicitud, ya que puede ser elegible si cumple con los requisitos para la exención de DD y los criterios financieros.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Arreglo de Vivienda Actual _____

¿Está inscrito en Medicaid? No Sí Si está inscrito, número de Medicaid _____

¿Qué servicios está buscando? Elija uno:

- Exención de DD- **Apoyos Comunitarios Autodirigidos**
- Exención de DD- **Tradicional** (si es elegible, también incluye los Servicios del Plan Estatal)
- Servicios del Plan Estatal** (Coordinación de servicios, Terapia del desarrollo)

Pariente Familiar Tutor Legal Contacto

Nombre _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Proporcione la siguiente documentación con su aplicación:

- Proporcionar un historial y físico que se haya completado en los últimos 365 días.
Y
- Proporcionar documentación que verifique que su discapacidad fue identificada antes de los 22 años,
Y
- Si el diagnóstico es **Parálisis Cerebral, Epilepsia o lesión cerebral traumática**: documentación médica.
O
 - Si el diagnóstico es **Discapacidad Intelectual**: proporcionar los resultados de una prueba de coeficiente intelectual utilizando el Wechsler Adult Intelligence Scale for Adults– Tercera Edición (WAIS-III); o Stanford Binet Intelligence Scales, para edades de dos (2) años en adelante; o Test of Nonverbal Intelligence, Cuarta Edición (TONI-4), para edades de seis (6) años hasta ochenta y nueve (89) años, once (11) meses. Las pruebas de más de un (1) año de antigüedad deben ser verificadas para reflejar el estado actual del individuo por un profesional apropiado.
O
 - Si el diagnóstico es **Trastorno del Espectro Autista (ASD)**: proporcionar documentación que respalde este diagnóstico de un profesional que trabaje dentro de su ámbito de práctica.
O
 - Otras condiciones que sean estrechamente relacionada o similar a uno de estos deterioros que requiere tratamiento o servicios similares. Proporcione documentación que pueda mostrar la relación causal entre la condición incapacitante y discapacidad del desarrollo. (no incluye enfermedades mentales).
Y
- Documentación demostrando que la tutela legal ha sido registrada en el estado de Idaho (si corresponde):

Envíe al correo electrónico o a la dirección indicada en la página 2 de esta

****For Dept. use only****

- | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> State Plan Eligibility | <input type="checkbox"/> Approved | <input type="checkbox"/> Denied |
| <input type="checkbox"/> ICF/ID LOC Eligibility | <input type="checkbox"/> Approved | <input type="checkbox"/> Denied |

Reason for Denial: _____

Signature of Authorized Representative of the Department: _____ Date _____

Devuelva la solicitud de elegibilidad para Adultos con Discapacidades del Desarrollo por correo electrónico, correo postal o a su oficina más cercana.

Región 1

(Condados - Benewah, Bonner, Boundary, Kootenai, and Shoshone)

Ubicación- 1120 Ironwood Drive, Suite 102 Coeur d'Alene, ID 83814	Teléfono- (208) 769-1567 Fax- (208) 666-6856 Correo Electrónico- BDDSSQA1@dhw.idaho.gov
---	---

Región 2

(Condados- Clearwater, Idaho, Latah, Lewis, and Nez Perce)

Ubicación- 1118 F Street Correo- PO Drawer B Lewiston, ID 83501	Teléfono- (208) 799-4430 Fax- (208) 799-5167 Correo Electrónico- BDDSSQA2@dhw.idaho.gov
---	---

Región 3

(Condados- Adams, Canyon, Gem, Owyhee, Payette, and Washington)

Ubicación- 1720 Westgate Drive, Suite B Boise, ID 83704	Teléfono- (208) 334-0940 Opción #3 Fax- (208) 334-0953 Correo Electrónico- BDDSSQA3@dhw.idaho.gov
---	---

Región 4

(Condados- Ada, Boise, Elmore, and Valley)

Ubicación- 1720 Westgate Drive, Suite B Boise, ID 83704	Teléfono- (208) 334-0940 Opción #3 Fax- (208) 334-0953 Correo Electrónico- BDDSSQA4@dhw.idaho.gov
---	---

Región 5

(Condados- Blaine, Camas, Cassia, Gooding, Jerome, Lincoln, Minidoka, and Twin Falls)

Ubicación- 601 Pole Line Road, Suite 3 Twin Falls, ID 83301	Teléfono- (208) 736-3024 Fax- (208) 736-2116 Correo Electrónico- BDDSSQA5@dhw.idaho.gov
---	---

Región 6

(Condados- Bannock, Bear Lake, Bingham, Caribou, Franklin, Oneida, and Power)

Ubicación- 1070 Hiline Road, Suite 260 Pocatello, ID 83201	Teléfono- (208) 239-6260 Fax- (208) 239-6269 Correo Electrónico- BDDSSQA6@dhw.idaho.gov
--	---

Región 7

(Condados- Bonneville, Butte, Clark, Custer, Fremont, Jefferson, Lemhi, Madison, and Teton)

Ubicación- 150 Shoup Avenue, Suite 20 Idaho Falls, ID 83402	Teléfono- (208) 528-5750 Fax- (208) 528-5756 Correo Electrónico- BDDSSQA7@dhw.idaho.gov
---	---



Reconocimiento del Recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____
(Por favor escriba en letra de molde su Primer Nombre, la Inicial del Segundo Nombre y su Apellido)

Con mi firma abajo, reconozco que he recibido el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad provistas por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Su firma _____

Fecha _____



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Departamento de Salud y Bienestar de Idaho Autorización para Divulgar Información

Por favor complete y devuelva esta información a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

Disponible en Español. Proveemos los servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 o al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Información del Cliente

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____
(Primero, Segundo, Apellido)

Dirección para Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Información del Solicitante

(Debe de completarse si la autorización esta siendo llenada por otra persona ajena al sujeto de la información. Por favor provea documentación de su autoridad).

Nombre del Solicitante (de ser diferente al del cliente) _____ Teléfono _____

Dirección Para Enviar Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Detalles de Autorización

Yo autorizo a la siguiente persona, organización o negocios _____

a divulgar mi información confidencial a: Nombre _____

Dirección: _____ Estado _____ Apartado Postal _____

con el propósito de _____

Por favor describa en detalle la información a ser divulgada _____

Esta autorización expirara en 6 meses amenos que otra fecha o evento sea especificado aquí _____

Yo entiendo que, cuando yo pida una copia del formulario de autorización completo y firmado, me estará disponible. Yo entiendo que, puedo revocar esta autorización por escrito, a cualquier hora, excepto en el grado en que se haya tomado acción confiando en esta autorización. Yo puedo someter por escrito una declaración de revocación a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar. Yo entiendo que la persona o entidad que reciba mi información confidencial puede que no este requerida a prevenir la divulgación o uso no autorizado de la misma.

Yo entiendo que esta autorización, a menos que yo exprese por escrito una limitación, será extendida en todos los aspectos de mi tratamiento incluyendo pruebas y/o tratamiento para enfermedades de contagio sexual, SIDA, o infección de VIH, abuso de alcohol y/o drogas y condición de salud mental.

Yo entiendo que mi firma en este formulario no es requerida par el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios, y que una copia de esta autorización será tan valida como una original.

Su Firma _____ Fecha _____

Su firma debe estar notariada si usted presenta esta solicitud por fax, correo aéreo o correo electrónico y no podemos verificarla con la información que ya está en el archivo.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Estimado solicitante:

Gracias por su interés en los servicios de Medicaid para Adultos con Discapacidad del Desarrollo. Las siguientes formas están incluidas en este paquete de solicitud:

- **Solicitud de Elegibilidad** Para Adultos con Discapacidades Del Desarrollo
- Cómo Acceder al Programa Servicios para Adultos con Discapacidad del Desarrollo
- Información de Evaluación
- Opciones de Servicio y Apoyo para Adultos con Discapacidad del Desarrollo
- Aviso de Practica de Privacidad y Reconocimiento del Recibo
- Proceso de Quejas
- Servicios de Asistencia Lingüística

Antes de completar la Solicitud de Elegibilidad, por favor, revise los requisitos de documentación asociados con un diagnóstico de discapacidad del desarrollo en adultos. La información sobre la documentación del diagnóstico necesaria se encuentra en la **Solicitud de Elegibilidad**.

Una vez que haya completado la **Solicitud de Elegibilidad** y haya obtenido la Documentación de diagnóstico de discapacidad necesaria, por favor envíe estos documentos a su Oficina Regional de Medicaid para Servicios para Adultos con Discapacidad del Desarrollo. La información de contacto de cada oficina regional se encuentra en el reverso de la **Solicitud de Elegibilidad**.

NOTA: Es importante que presente la documentación del diagnóstico de discapacidad solicitada arriba al mismo tiempo que presenta la Solicitud de Elegibilidad para que su solicitud sea procesada de manera oportuna.

Al recibir su **Solicitud de Elegibilidad, Por favor**, Será remitido al Asesor Independiente. Una vez que el Asesor Independiente haya recibido una solicitud completa, programaran una cita con usted para completar el proceso de evaluación de elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud o los documentos requeridos, comuníquese con el Asesor Independiente al (208) 258-7980.

Atentamente,

Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (BDDS)
Servicios Regionales de Medicaid

Solicitar y Recibir Servicios para Adultos con Discapacidades del Desarrollo (DD)

Paso 1:

Puede solicitar servicios de discapacidad del desarrollo (DD) enviando una ***Solicitud de Elegibilidad para Adultos con Discapacidades del Desarrollo*** a su oficina local de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (BDDS). Se le puede enviar una solicitud por correo, o puede imprimir una copia de la solicitud en: <https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/medicaid-health/apply-adult-developmental-disabilities-programs>. Como parte del proceso de solicitud, el personal de BDDS primero debe verificar que usted es financieramente elegible para Medicaid. Si actualmente no tiene Medicaid Mejorado, se le recomienda que presente una solicitud, ya que puede ser elegible si cumple con los requisitos para la exención de DD y los criterios financieros.

Paso 2:

El Asesor/a Independiente (IAC por sus siglas en inglés) revisará sus documentos para ver si tienen suficiente información para establecer una evaluación. Si es así, se comunicarán con usted, su tutor u otro representante para programar una cita para reunirse con ellos para una entrevista. De lo contrario, le enviarán una carta que le informará qué más necesita.

Paso 3:

Es importante que esté disponible para su entrevista programada. Asegúrese de pedirle a su tutor, a un amigo u otra persona que lo conozca muy bien que esté presente en la entrevista.

Paso 4:

En el momento de su entrevista:

- El IAC lo entrevistará a usted y a la persona que traiga con usted y le preguntará sobre usted y sus necesidades.
- El IAC completará la herramienta de evaluación Escalas de Comportamiento Independiente-Revisado (SIB-R por sus siglas en inglés) con una persona que lo conoce muy bien.
- El IAC puede solicitar firmas en formularios de divulgación de información para recopilar más información sobre su discapacidad.
- El IAC llevará a cabo un inventario de necesidades que ayudará al IAC a calcular su presupuesto anual si califica para los servicios de DD para adultos.
- El IAC ya le habrá proporcionado un Formulario de Atención Médica DD para adultos que puede llevar a su médico para que lo complete y devuelva.

Después de la entrevista, el IAC revisará la información y determinará si usted es elegible para los servicios de DD. Se le enviará un aviso sobre los resultados.

Si se determina que es elegible para los servicios del Plan Estatal solamente, puede elegir entre:

- Coordinación de Servicios; y
- Servicios de Agencias de Discapacidad del Desarrollo (DDA)

Si se determina que es elegible para el nivel de atención de ICF/ID, usted puede elegir entre los servicios del Plan Estatal y los servicios de Exención DD. Los servicios de Exención de DD incluyen:

- Habitación Residencial (Hogar Familiar Certificado o vivienda con apoyo)

- Servicios de Quehaceres
- Cuidado de relevo
- Empleo con Apoyo
- Transporte no Médico
- Modificaciones Ambientales
- Equipo Médico Especializad
- Sistema de Respuesta de Emergencia Personal
- Comidas a Domicilio
- Servicios de Enfermería
- Consulta de Comportamiento y Manejo de Crisis
- Centros de día para adultos

Si se determina que es elegible para los servicios de nivel de atención de ICF/ID, usted puede elegir autodirigir sus servicios a través de la opción de Servicios Autodirigidos en lugar de los servicios mencionado anteriormente.

Paso 5:

Si se determina que es elegible para los servicios de DD y/o Exención DD, el aviso de elegibilidad incluirá el monto de su presupuesto anual y una fecha límite para enviar un plan.

Si se determina que no es elegible para ninguno de estos servicios, puede solicitar una audiencia de apelación de esta decisión enviando una solicitud de apelación a Apelaciones de Medicaid. La información sobre cómo presentar una apelación se incluye en el aviso de denegación.

NOTA: Es IMPORTANTE completar el proceso de evaluación CADA AÑO si desea seguir recibiendo servicios.

Paso 6:

Una vez que se haya determinado su elegibilidad para los servicios de DD y/o Exención DD, deberá elegir un desarrollador de plan/Agente de Apoyo. El IAC puede proporcionarle una lista de Agencias de Coordinación de Servicios si necesita ayuda para encontrar un desarrollador de plan. Si decide acceder a los servicios del Plan Estatal y de servicios Exención Tradicional, utilizará un desarrollador de plan para que lo ayude a escribir su plan. Una vez que haya seleccionado un desarrollador de plan, deberá completar el formulario de Elección de Desarrollador de Plan (*Plan Developer Choice Form*) y enviarlo al IAC.

Si decide autodirigir sus servicios a través de la opción de Servicios Autodirigidos. Usará un Agente de Apoyo para ayudarlo a escribir su plan.

Para obtener una lista de Desarrolladores de Plan o Agentes de Apoyo, visite:

- Desarrolladores de plan: <https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/medicaid-health/traditional-support-services>
- Agentes de Apoyo: <https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/medicaid-health/self-directed-services>

Paso 7:

Una vez que haya elegido un Desarrollador de Plan/Agente de Apoyo, le ayudarán a identificar al familiar y/u otras personas que son importantes para usted para ser parte de un equipo de planificación centrado en la persona.

Paso 8:

Usted y su equipo de planificación centrada en la persona trabajarán juntos para evaluar sus necesidades y metas y ayudarlo a desarrollar un plan. Para las personas que eligen acceder a los servicios del Plan Estatal y de Exención Tradicional, este plan se llama Plan de Apoyo Individual (ISP). Para las personas que eligen autodirigir sus servicios, este plan se llama Plan de Apoyos y Gastos (SSP). Una vez que se escribe el plan, se presenta a la Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (BDDS) para su revisión. Un Administrador(a) de Cuidados en la oficina de BDDS será responsable de revisar su plan.

Paso 9:

El Administrador de Cuidados se asegurará de que su plan satisfaga sus necesidades evaluadas, posibilita su salud y seguridad y esté dentro de su presupuesto. Usted y su Desarrollador de Plan/Agente de Apoyo serán notificados por correo si su plan ha sido aprobado.

- Si el plan no satisface sus necesidades evaluadas, no permite su salud y seguridad, y/o está por encima del presupuesto, el Administrador de Cuidados se comunicará con su Desarrollador de Plan/Agente de Apoyo para analizar el plan. Si se realizan ajustes a su plan para que satisfaga sus necesidades y esté dentro del presupuesto, el Administrador de Cuidados podrá autorizar los servicios en el plan.
- Sin embargo, si su Desarrollador del Plan/Agente de Apoyo y el Administrador de Cuidados no pueden ponerse de acuerdo sobre los servicios necesarios para satisfacer sus necesidades y/o el costo del plan continúa excediendo su presupuesto calculado, Administrador de Cuidados hará una de las siguientes acciones:
 1. Autorizar algunos de los servicios en su plan; o
 2. Denegar todos los servicios de su plan.

El Administrador de Cuidados le enviará un Aviso a usted, a su Desarrollador de Plan/Agente de Apoyo y a su tutor (si corresponde) para informarle qué servicios fueron aprobados y/o denegados. Si no está de acuerdo con la decisión del Administrador de Cuidados de negar algunos o todos sus servicios, puede solicitar una apelación a través de Apelaciones de Medicaid. La información sobre cómo presentar una apelación se incluye en el Aviso.

Paso 10:

Si algunos o todos los servicios de su plan son aprobados, estos servicios serán autorizados en el sistema de pago de Medicaid. Si está accediendo a los servicios DD Tradicionales, los proveedores incluidos en su plan también serán notificados de que pueden proporcionar servicios y la fecha en que puede comenzar a recibir esos servicios. Si estará autodirigiendo sus servicios, usted deberá notificar a los trabajadores de apoyo comunitario (CSW) cuando puedan comenzar a proporcionar servicios.

Paso 11:

Si su plan necesita ser cambiado durante el año del plan, esto lo puede hacer su Desarrollador del Plan/Agente de Apoyo. Para el Plan Estatal o los servicios de Exención Tradicionales, un Desarrollador de Plan completará un Cambio de Plan y proporcionará cualquier documento que respalde los cambios solicitados. Para los Servicios Autodirigidos, un Agente de Apoyo hará un

formulario de Cambio de Plan. Se debe presentar una actualización de un plan en las siguientes circunstancias:

Para un Plan Estatal o un plan de Exención Tradicional:

- Un cambio de proveedor
- Un cambio en la cantidad de tiempo que recibirá un servicio
- Agregar o eliminar un servicio

Para un plan Autodirigido:

- Agregar o eliminar servicios en una categoría de apoyo
- Mover dinero de una categoría de apoyo a otra

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE USTED Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
REVISE CON MUCHA ATENCIÓN**

- Si tiene alguna duda sobre este Aviso, póngase en contacto con la Oficina de privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 208-334-6519 o por correo electrónico en PrivacyOffice@dhw.idaho.gov.
- En cualquier momento puede solicitar una copia de este Aviso. Encontrará copias de este Aviso en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Esta Aviso también se encuentra en el sitio en internet del Departamento de Salud y Bienestar a <http://www.healthandwelfare.idaho.gov>.

OBJETIVO DE ESTE AVISO

En este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que el Departamento de Salud y Bienestar (el Departamento) maneja la información confidencial conforme a los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Departamento pueden compartir la información confidencial sobre usted entre sí según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios y con fines comerciales normales. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios.

Nuestro compromiso es proteger su información confidencial. Generamos registros de los beneficios o servicios que recibe del Departamento. Necesitamos estos registros para ofrecerle servicios y atención de calidad. Asimismo, necesitamos estos registros para cumplir con varias leyes locales, estatales y federales.

Tenemos la obligación de:

- Utilizar y divulgar información confidencial requerida por la ley;
- Mantener la privacidad de su información;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad de su información; y
- Cumplir con los términos del Aviso vigente a la fecha.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad a beneficios o servicios.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho a una revisión y una copia

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información de acuerdo con la ley.

Si quisiera revisar y una copia de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato “Solicitud de registros”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes federales de HIPAA.

Si solicita recibir una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota.

Si legalmente no podemos divulgarle la información, le avisaremos.

2. **Derecho a modificaciones**

Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que se hagan cambios a su información.

Si quisiera que el Departamento cambie su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará un formato de “Solicitud para modificación de registros”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud en 10 días.

Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide cambiar información que:

- No generó el Departamento;
- No es parte de la información que conserva o es para el Departamento;
- No es parte de la información que se le permita revisar o copiar; o
- Determinamos que es correcta y está completa.

3. **Derecho a limitar la divulgación sobre la información de la salud**

Tiene el derecho a pedirnos no compartir la información sobre su salud para su tratamiento o servicios, o con fines comerciales normales. Nos debe decir cuál es la información que no quiere o con quién no quiere compartir.

Si quiere pedir al Departamento no compartir su información, en las oficinas o el sitio en internet del Departamento encontrará una “Solicitud para restringir la divulgación de información de salud”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud por escrito.

Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que se necesite la información para darle tratamiento de emergencia o que usted retira la restricción. En casi de que usted o alguien a su nombre pague un artículo o servicio y solicita que no se le divulgue a un proveedor de seguro de salud la información referente a dicho artículo o servicio, aceptaremos la restricción solicitada.

4. **Derecho a un medio de envío alternativo**

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos la información de un programa a una dirección de correo diferente al de otros programas de los que recibe servicios o beneficios.

Si quiere pedir un medio alternativo para el envío de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato “Solicitud de medios alternos para envío”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud si por algún motivo se rechaza.

No le preguntaremos la causa de su solicitud. Se aprobarán las solicitudes razonables.

5. **Derecho a un informe de las divulgaciones de información de salud**

Tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de información sobre su salud. En este informe de divulgaciones no va a incluir cuando compartamos la información sobre su salud para tratamiento, pago de su tratamiento o fines comerciales normales, o las veces que usted nos autorizó compartir la información.

Si quiere solicitar un informe de las divulgaciones sobre su salud, encontrará en las oficinas del Departamento o su sitio en internet el formato “Solicitud para recibir un informe de las divulgaciones de información de salud”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento responderá a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes HIPAA federales.

El primer informe que solicite y reciba en un año calendario será sin costo. Para informes adicionales en el mismo año calendario, es posible que le cobremos el costo por proporcionarle el informe. Le informaremos del costo y es posible que decidamos retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de cobrarle algún costo.

CÓMO PUEDE USAR Y COMPARTIR EL DEPARTAMENTO SU INFORMACIÓN

Ocasiones en que no se necesite su permiso

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar o compartir su información a fin de proporcionarle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, médico o persona que le proporcione tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para conjuntar los servicios que posiblemente necesite. También podemos compartir su información con personas ajenas al Departamento que estén involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares, representantes informales o legales u otros que le brinden servicios como parte de su atención.
- **Para pago.** Podemos utilizar y compartir su información para que pueda pagarse el tratamiento y los servicios que reciba a través del Departamento. Por ejemplo, tal vez tengamos que proporcionar información sobre usted a la compañía de seguros médicos acerca del tratamiento o los servicios que reciba para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.
- **Para operaciones comerciales.** Podemos utilizar y compartir su información con fines de operaciones comerciales. Es necesario para la operación diaria del Departamento y asegurarse de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, puede usar su información para revisar la forma en que proporcionamos el tratamiento y los servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que le brinda los servicios.

Ocasiones en que se necesite su permiso

- **Por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales.** Puede haber ocasiones en las que el Departamento tenga que usar y compartir su información por causas a parte del tratamiento, pago y operaciones comerciales según lo que se explica arriba. Por ejemplo, si el Departamento pide a su empleador o la escuela información que no forme parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales, el Departamento le solicitará una autorización por escrito que nos permita compartir dicha información. Si nos autoriza utilizar o compartir su información, puede suspender el permiso en cualquier momento, siempre que sea por escrito. Si suspendió su permiso, ya no podremos usar o compartir esa información. Debe entender que no podemos recuperar información que ya se haya compartido bajo su autorización.
- **Individuos que forman parte de su atención o el pago de su atención.** Podemos proporcionar información sobre usted a un familiar, representante legal o a quien usted asigne como parte de su atención. También podemos proporcionar información a quien ayude a pagar por su atención. Si usted no puede aceptar o rechazar una divulgación, podemos compartir dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestra opinión profesional. Asimismo, podemos compartir su información en un desastre para poder informar a su familia o representante legal acerca de su condición, estado y ubicación.

Otra forma de usar y compartir su información sin su permiso

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento
- Según lo requiera la ley
- Riesgos de salud pública
- Cumplimiento de la ley
- Demandas y disputas
- Médicos forenses, directores de funerarias
- Donación de órganos y tejidos
- Tratamiento de emergencia
- Evitar una amenaza grave de salud o seguridad
- Organizaciones militares o de veteranos
- Actividades de vigilancia de la salud
- Actividades de seguridad nacional y de inteligencia
- Instituciones correccionales

REQUISITOS ESPECIALES

La información recibida de un programa de financiamiento federal para el tratamiento de drogadicción o a través del programa de bebés y niños pequeños no se liberará sin autorización específica del individuo o representante legal.

Se avisará a los individuos afectados después del incumplimiento de la información de salud sin privacidad.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este Aviso. En las oficinas del Departamento o en <http://www.healthandwelfare.idaho.gov> se publica una copia de este Aviso. La fecha en vigor de este Aviso aparece en la parte superior de cada página. Si el Departamento no realiza cambios a este Aviso de prácticas de privacidad, el Departamento cumplirá con los términos del Aviso vigente a la fecha.

QUEJAS

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad a la información confidencial, puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas enviadas al Departamento deben ser por escrito en el formato de “Queja sobre privacidad” disponible en las oficinas del Departamento o su sitio en internet. Para presentar una queja ante el Departamento, envíe su formato de Queja sobre privacidad lleno a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad de información sobre su salud, también puede presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Su queja debe ser por escrito y debe mencionar la organización que es objeto de su queja y describir lo que usted considera que se violó. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

En el caso de las quejas presentadas por correo electrónico enviar a OCRComplaint@hhs.gov.

Una queja se debe presentar ante del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en un plazo de 180 días de que haya ocurrido lo que usted considere una violación a la privacidad. Este límite de tiempo para la presentación de quejas puede retirarse por una buena causa.

No se le castigará ni habrá represalias contra usted por presentar una queja.

SERVICIOS DE MEDICAID PARA ADULTOS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DD)

OPCIÓN DD – SERVICIOS TRADICIONALES DISPONIBLE PARA TODOS LOS QUE CALIFIQUEN

Desarrollo de Plan/Coordinación de Servicios

Desarrollo de Plan

- Ayuda al participante a decidir a quién invitar, la ubicación y cómo llevar a cabo su reunión de planificación centrada en la persona
- Evalúa las necesidades de los participantes e identifica los servicios para satisfacer esas necesidades
- Completa y envía el Plan de Servicio Individual del participante (ISP)

Coordinación de Servicios

- Monitorea el plan, los servicios y ayuda con la documentación durante todo el año del plan
- Se reúne con el participante para monitorear su progreso
- Vincula al participante con servicios y apoyos según sea necesario

Terapia de Desarrollo

- Proporcionado por una Agencia de Discapacidades del Desarrollo en un centro y/o en la comunidad
- Enseña habilidades sociales y de vida independiente

Apoyo de Crisis Comunitario

- Ayuda a los participantes a mantener su salud y seguridad durante una emergencia, como la pérdida de vivienda o empleo, riesgo de encarcelamiento y otras emergencias
- Apoyo de Crisis vincula y colabora con otros recursos, no con asistencia financiera

OPCIÓN- EXENCIÓN POR DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DD) – SERVICIOS TRADICIONALES

DISPONIBLE (ADEMÁS DE LOS SERVICIOS PREVIAMENTE MENCIONADOS) SI ES ELEGIBLE PARA LA EXENCIÓN

Habilitación Residencial

Hogar Familiar Certificado

- Los participantes que residen en un Hogar Familiar Certificado reciben apoyo en el hogar y en la comunidad
- Los participantes aprenden habilidades de vida independiente y reciben supervisión según sea necesario
- Para obtener más información, visite el sitio web [Certified Family Home](https://healthandwelfare.idaho.gov/) en <https://healthandwelfare.idaho.gov/>

Servicios de Vida Apoyada:

- Los servicios son proporcionados por una agencia de vida apoyada en el hogar del participante y en la comunidad
- Los participantes aprenden habilidades de vida independiente y reciben supervisión según sea necesario

- Los participantes pueden vivir con o sin compañeros de cuarto

Centro de Día para Adultos

- Actividades recreativas supervisadas para fomentar la interacción social

Enfermería Especializada

- Servicios de enfermería profesional o supervisión que esté dentro del alcance de la Ley de Práctica de Enfermería
- Desarrolla un plan de atención para monitorear y abordar las necesidades médicas de un participante

Empleo con Apoyo

- Los entrenadores laborales ayudan a un participante a aprender habilidades laborales y mantener un empleo competitivo en entornos de trabajo comunitario

Transporte No Médico

- Transporte a actividades y recursos dentro de la comunidad

Comidas a Domicilio

- Entrega comidas nutritivas a la casa de un participante cuando no puede preparar comidas sin ayuda
- Debe estar solo en casa durante partes significativas del día sin un cuidador regular para ayudar

Cuidado de Relevó

- Brinda apoyo a los participantes para permitir a los cuidadores no remunerados descansos a corto plazo o durante los momentos en que los cuidadores no remunerados no están disponibles.

Servicios de Quehaceres

- Servicios contratados proporcionados para ayudar a los participantes a mantener un ambiente limpio y seguro cuando alquilan o son dueños de su propia casa
- Los participantes u otras personas en el hogar no deben poder brindar los servicios

Equipo Médico Especializado

- Equipo médicamente necesario que no está cubierto por otros planes de seguro

Modificaciones Ambientales

- Modificaciones en la vivienda del participante para permitir una mayor independencia funcional

Sistema de Respuesta de Emergencia Personal

- Unidad portátil que alerta a los servicios de emergencia
- No disponible si un participante recibe servicios las 24 horas

Consulta de Comportamiento y Manejo de Crisis

- Servicios diseñados para prevenir crisis psicológicas, conductuales y emocionales
- Respaldo de emergencia para brindar apoyo directo a personas en crisis
Supervisión proporcionada por una psicóloga

OPCIÓN- EXENCIÓN POR DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DD)- SERVICIOS DE AUTO-DIRECCIÓN

DISPONIBLE COMO OPCIÓN EN LUGAR DE LOS SERVICIOS TRADICIONALES

Esta opción le brinda más opciones y control sobre los fondos de Medicaid utilizados para comprar sus servicios y apoyos. Usted elige los servicios y apoyos que se ajustan a sus necesidades.

Si elige Auto-Dirección, podrá:

- Conviértase en el empleador y contrate, capacite y administre a sus trabajadores directamente
- Contrate a un Agente de Apoyo para que lo ayude a crear su plan y monitorear sus gastos
- Contrate a un Agente de Empleador Fiscal para que lo ayude a administrar su nómina y sus responsabilidades fiscales
- Programe el tipo, la hora y el lugar donde recibirá apoyos
- Ser responsable de sus elecciones en el programa

Proceso de Quejas de los Participantes

¿Qué es una queja?

Una queja es el proceso de decirle a alguien cuando las acciones o palabras de otra persona lo hacen sentir infeliz, molesto, o con dolor.

Si cree que tiene una queja, primero:

- Comente el problema con su personal, proveedor y/o administración de la agencia de acuerdo con su proceso de quejas. Es posible que se le haya entregado una copia de este proceso cuando comenzó servicios.

Si cree que su queja no está resuelta, siga este proceso:

- Escriba lo que sucedió, cuándo sucedió y quién estuvo involucrado. Si necesita ayuda, pídale a alguien que escriba esta información por usted. Algunos detalles que podría incluir son:
 - La naturaleza de la queja o inquietud
 - Nombre del proveedor/agencia
 - Nombres de cualquier persona que pueda haber sido testigo
 - ¿Le está pasando esto a alguien más?
- Informe a su tutor (si corresponde), familiar de confianza, coordinador de servicios o agente de apoyo sobre su queja. Ellos pueden ayudarlo a decidir a quién llamar para obtener más información o presentar una queja.
- Si su Coordinador de Servicios o Agente de Apoyo es la persona sobre la que tiene una preocupación o queja, puede llamar usted mismo a la Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (BDDS) y/o pedirle a alguien de su confianza que lo ayude a presentar la queja.

Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (BDDS)	
Región 1 (Coeur d'Alene)	(208) 769-1567 Seleccione Medicaid Regional
Región 2 (Lewiston)	(208) 799-4430 o (877) 799-4430 Seleccione Programa de Discapacidades del Desarrollo para Adultos
Región 3 (Nampa/Caldwell)	(208) 334-0940
Región 4 (Boise, Meridian, Mountain Home, McCall)	(208) 334-0940
Región 5 (Twin Falls)	(208) 736-3024 o (800) 826-1206
Región 6 (Pocatello)	(208) 239-6260
Región 7 (Idaho Falls)	(208) 528-5750

¿Qué pasará con mi queja?

- Cuando se comunique con el personal de BDDS para presentar una queja, deberán hacerle algunas preguntas sobre la situación. Luego investigarán la queja de acuerdo con sus reglas y/o enviarán la información a otro departamento o agencia si es importante que participen en la investigación.

Hay ciertos tipos de quejas que son muy graves y deben informarse de inmediato:

- **Abuso:** Alguien le está causando dolor/daño físico o daño mental a propósito
- **Negligencia:** alguien que se supone que debe ayudarlo no le brinda la comida, la ropa, el refugio o la atención médica que necesita para mantenerse vivo y saludable o no le permite hacer las cosas que normalmente hace para cuidarse.
- **Explotación:** Alguien está usando su dinero, pertenencias o recursos para sí mismos en lugar de cómo usted quiere o necesita que se usen.

Si su preocupación o queja es sobre abuso, negligencia o explotación, es muy importante que informe lo que está sucediendo lo antes posible. Puede llamar directamente a los Servicios de Protección de Adultos e informarles lo que está sucediendo.

Servicios de Protección para Adultos	
Área 1 (Coeur d'Alene)	(208) 667-3179 or 1-800-786-5536
Área 2 (Lewiston)	(208) 743-5580 or 1-800-877-3206
Área 3 (Boise/Caldwell/Nampa/Mountain Home/McCall)	(208) 898-7060 or 1-844-850-2883
Área 4 (Twin Falls)	(208) 736-2122 or 1-800-574-8656
Área 5 (Pocatello)	(208) 233-4032 or 1-800-526-8129
Área 6 (Idaho Falls)	(208) 522-5391 or 1-800-632-4813

Si está en peligro inmediato, tiene una lesión grave o está experimentando alguna otra emergencia, llame a la policía local/servicios médicos de emergencia al 9-1-1.

Language Assistance Services, Free of Charge, are Available to You

Español (Spanish)	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
繁體中文 (Chinese)	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205)。
Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-926-2588 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-208-332-7205).
한국어 (Korean)	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205)번으로 전화해 주십시오.
नेपाली (Nepali)	ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-926-2588 (टिपिवाइ: 1-208-332-7205) ।
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
العربية (Arabic)	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-926-2588 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-208-332-7205).
Deutsch (German)	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Tagalog (Tagalog/Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-926-2588 (телетайп: 1-208-332-7205).
Français (French)	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
日本語 (Japanese)	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-926-2588 (TTY:1-208-332-7205) まで、お電話にてご連絡ください。
Română (Romanian)	ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Ikirundi (Bantu-Kirundi)	ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
فارسی (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما بگنیرید تماس با باشد می ف 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205)
English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).