



2025

Liberty Healthcare

Programa de Evaluación Independiente de Idaho -
Servicios para Discapacidades del Desarrollo de Adultos

PAQUETE GUIA

Preparado por: Rachael Paine
Coordinador de Relaciones Públicas

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Introducción | 03 |
| Guía paso a paso | 04 |
| Glosario de términos | 09 |
| Formulario de autorización | 12 |
| Formulario de elección del desarrollador del plan | 13 |
| Recursos de contacto | 14 |

INTRODUCCIÓN



Ante todo, ¡bienvenido! Nos da gusto en conocerlo y ayudarle a navegar el proceso de evaluación de la Exención por Discapacidad del Desarrollo. Somos Liberty Healthcare, una empresa de gestión de servicios de salud y humanos con más de 30 años de experiencia en el sector. En Idaho, ofrecemos evaluaciones independientes para servicios de exención por discapacidad del desarrollo tanto para adultos como para niños. El proceso de evaluación **debe** completarse cada año si desea continuar recibiendo servicios.

En este paquete encontrará documentos que le ayudarán a comprender el proceso de evaluación y ayuda que el proceso transcurre sin problemas.

Para más información o formularios en línea:



Encontrarás lo siguiente incluido:

- **Guía paso a paso** para solicitar y recibir servicios de exención por discapacidad del desarrollo
- **Glosario de términos y acrónimos de Liberty**
- **Formulario de autorización**
 - Estos formularios le dan permiso a Liberty Healthcare para obtener/dar información con otros, incluyendo la programación de la evaluación.
- **Formulario de elección del desarrollador del plan**
 - Este formulario es necesario para compartir los resultados de la evaluación y comunicarnos con el desarrollador del plan elegido.
- **Listas de proveedores**
 - Se proporcionan enlaces al sitio web del Departamento para estas listas y también esta adjunto las paginas.
- **Contacto Recursos**

Si tiene alguna pregunta, por favor llame gratis al (877) 305-3469 o, localmente, al 208-258-7980.

Atentamente,

Jennifer La Jeunesse, LCSW, CMPE
Director Ejecutivo
Servicios de evaluación independiente
Liberty Healthcare Corporation



SOLICITUD DE SERVICIOS DE DESARROLLO PARA ADULTOS (DD)



Paso 1

Puede solicitar servicios para personas con discapacidades del desarrollo (DD) presentando una Solicitud de Elegibilidad para Adultos con Discapacidades del Desarrollo en su oficina local de la Oficina de Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (BDDS). Se le puede enviar la solicitud por correo postal o usted puede imprimir una copia yendo a:

<https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/medicaid-health/apply-adult-developmental-disabilities-programs>



Devuelva la solicitud de elegibilidad completa para adultos con discapacidades del desarrollo por correo electrónico, correo postal o a la oficina más cercana. Consulte la página dos de la solicitud para obtener la información de contacto de la oficina más cercana. Como parte del proceso de solicitud, el personal de BDDS debe verificar primero su elegibilidad financiera para Medicaid. Si actualmente no cuenta con Medicaid mejorado, le recomendamos que la solicite, ya que podría ser elegible para Medicaid mejorado si cumple con los requisitos de nivel de atención para la Exención por Discapacidades del Desarrollo y los criterios financieros.

Luego, BDDS enviará su solicitud y la documentación de respaldo que figura en la solicitud a Liberty Healthcare.



Paso 2

Liberty Healthcare revisará sus documentos para ver si tenemos suficiente información para programar una evaluación.

Documentos solicitados:

- Un historial y examen físico que se haya completado dentro de los últimos 365 días calendario.
- Documentación que verifique que su discapacidad fue identificada antes de los 22 años,
- Documentación de su discapacidad:
 - Para **Parálisis cerebral, Epilepsia, o Lesión cerebral traumática**: Un informe del médico
 - Para **Discapacidad intelectual**: Resultados de una prueba de CI realizada con una de las siguientes pruebas aprobadas:
 - Wechsler Intelligence Scale for Adults- Third Edition (WAIS-III)
 - Stanford Binet Intelligence Scales, Para edades de dos (2) años hasta adultos
 - Test of Nonverbal Intelligence, Fourth Edition (TONI-4), para las edades de seis (6) años a ochenta y nueve (89) años, once (11) meses
 - **Las pruebas realizadas con más de un (1) año de antigüedad deben ser verificadas por un profesional apropiado para reflejar el estado actual del individuo.**
 - Para **Trastorno del espectro autista (ASD)**: Documentación que respalde este diagnóstico por parte de un profesional que trabaje en su ámbito de práctica.
 - Otra condición estrechamente relacionada o similar a una de estas discapacidades que requiera tratamiento o servicios similares. Proporcione documentación que demuestre la relación causal entre la condición causante de la discapacidad y la discapacidad del desarrollo. (No incluye enfermedades mentales).

Si contamos con la documentación necesaria, nos pondremos en contacto con usted, su tutor o representante para fijar una cita para una entrevista de evaluación. Tenga en cuenta que nos pondremos en contacto con usted por teléfono para programar la evaluación. De lo contrario, le enviaremos una carta informándole de los requisitos adicionales.



Paso 3

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



Paso 4

En el momento de su entrevista:

- Un asesor de Liberty Healthcare los entrevistará a usted y a la persona que lo acompañe. Esta persona será el respondedor. El asesor le preguntará sobre usted y sus necesidades. Completará un Resumen Médico, Social y del Desarrollo (MSDA) con usted y su respondedor.
- Un asesor de Liberty Healthcare completará la Escala de Comportamiento Independiente Revisada (SIB-R) con una persona que lo conozca bien. Esta persona es el respondedor.
- Liberty Healthcare puede solicitar firmas en formularios de divulgación de información (autorización) para recopilar más información sobre su discapacidad.
- Un asesor de Liberty Healthcare realizará el Inventario de necesidades individuales (IIN), también llamado Inventario de necesidades (ION), que ayudará a Liberty a calcular su presupuesto anual si califica para recibir servicios de DD para adultos.
- Liberty Healthcare ya le habrá proporcionado un Formulario de Atención Médica para Personas con Discapacidades del Desarrollo (DD) para Adultos, que puede entregar a su médico para que lo complete y lo devuelva. Liberty le enviará este formulario por correo postal o electrónico antes de la entrevista. Este formulario también se puede encontrar en nuestro sitio [web](#) y proporcionado en el momento de la entrevista.

Después de la entrevista, el asesor de Liberty Healthcare revisará la información y determinará si usted es elegible para recibir servicios de discapacidades del desarrollo. Recibirá una notificación con los resultados.

RECIBIR SERVICIOS PARA DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DD) EN ADULTOS

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

- Coordinación de servicios; y
- Servicios de la Agencia de Discapacidades del Desarrollo (DDA)

Si se determina que cumple con los requisitos para el Nivel de Atención ICF/ID, puede elegir entre los servicios del Plan Estatal y los servicios de Exención para Personas con Discapacidades (DD Waiver). Los servicios de Exención para Personas con Discapacidades (DD Waiver) incluyen:

- Habilitación residencial (hogar familiar certificado o vivienda con apoyo)
- Servicios de tareas domésticas
- Respiro
- Empleo con apoyo
- Transporte
- Adaptaciones de accesibilidad ambiental
- Equipos y suministros médicos especializados
- Sistema personal de respuesta a emergencias
- Comidas a domicilio
- Enfermería especializada
- Consulta de comportamiento o gestión de crisis
- Salud diurna para adultos

Si se determina que es elegible para el nivel de atención ICF/ID, puede elegir la opción de Servicios dirigidos por el consumidor para autodirigir sus servicios en lugar de los servicios enumerados anteriormente.



Paso 5

Si se determina que usted es elegible para los servicios de DD o la Exención de DD, el aviso de elegibilidad de Liberty Healthcare incluirá el monto de su presupuesto anual y un plazo para presentar un plan. Si se determina que no es elegible para ninguno de estos servicios, puede solicitar una audiencia de apelación de esta decisión presentando una solicitud de apelación a la Oficina de Apelaciones de Medicaid. La información sobre cómo presentar una apelación se incluye en el aviso de negación que recibirá de Liberty Healthcare.

NOTA: La parte de la entrevista del proceso de la evaluación debe completarse anualmente si desea continuar recibiendo los servicios. Las Escalas de Conducta Independiente Revisadas (SIB-R) se completarán cada tres años, a menos que se determine lo contrario.



Paso 6

Una vez que se determine que cumple con los requisitos para los servicios de DD o de la Exención por DD, deberá elegir un Desarrollador de Planes/Agente de Apoyo. Si decide acceder a los servicios del Plan Estatal y de la Exención Tradicional, un Desarrollador de Planes le ayudará a redactar su plan. Una vez seleccionado, deberá completar el formulario

[Formulario de elección del desarrollador del plan](#) y enviarlo a Liberty Healthcare.

Si decide acceder a la autogestión de sus servicios a través de la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor, un Agente de Apoyo le ayudará a redactar su plan. Una vez seleccionado, deberá completar el Formulario de Elección del Desarrollador del Plan y enviarlo a Liberty Healthcare.

Para obtener una lista de desarrolladores de planes o agentes de apoyo, visite:

- Desarrolladores de planes:

<https://publicdocuments.dhw.idaho.gov/WebLink/DocView.aspx?id=6474&dbid=0&repo=PUBLIC-DOCUMENTS>



- Agente de apoyo: <https://publicdocuments.dhw.idaho.gov/WebLink/DocView.aspx?id=15050&dbid=0&repo=PUBLIC-DOCUMENTS>



Paso 7

Una vez que haya elegido un Desarrollador de Plan/Agente de Apoyo, este le ayudará a identificar a familiares y/u otras personas que sean importantes para usted para que formen 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 objetivos, y le ayudarán a desarrollar un plan. Para las personas que optan por acceder a los servicios del Plan Estatal y de la exención tradicional, este plan se denomina Plan de Apoyo Individual (ISP). Para las personas que optan por autogestionar sus servicios, este plan se denomina Plan de Apoyo y Gastos (SSP).

Una vez redactado el plan, se envía a la Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (BDDS) para su revisión. Un manejador de cuidado de la oficina de BDDS será responsable de revisarlo y aprobarlo.



Paso 9

El manejador de cuidado se asegurará de que su plan satisfaga sus necesidades evaluadas, garantice su salud y seguridad, y se ajuste a su presupuesto. Usted y su desarrollador de planes/agente de apoyo recibirán una notificación por correo si su plan ha sido aprobado.

- Si el plan no satisface sus necesidades evaluadas, no protege su salud y seguridad, o excede su presupuesto, el manejador de cuidado se comunicará con su desarrollador de planes o agente de apoyo para hablar sobre el plan. Si se realizan ajustes a su plan para que se ajuste a sus necesidades y se ajuste al presupuesto, el manejador de cuidado podrá autorizar los servicios del plan.
- Sin embargo, si su desarrollador de plan/agente de soporte y el manejador de cuidado no pueden llegar a un acuerdo sobre los servicios necesarios para satisfacer sus necesidades y/o el costo del plan continúa excediendo su presupuesto calculado, el manejador de cuidado hará una de las siguientes cosas:
 1. Autorizar algunos de los servicios de su plan; o
 2. Negar todos los servicios de su plan.

El manejador de cuidado le enviará una notificación a usted, a su desarrollador de plan/agente de apoyo y a su tutor (si corresponde) para informarles qué servicios fueron aprobados o denegados. Si no está de acuerdo con la decisión del manejador de cuidado de denegar algunos o todos sus servicios, puede solicitar una apelación a través de Apelaciones de Medicaid. La notificación incluye información sobre cómo presentar una apelación.



Paso 10

Si se aprueban algunos o todos los servicios de su plan, estos se autorizarán en el sistema de pagos de Medicaid. Si accede a servicios tradicionales para personas con discapacidades del desarrollo, también se notificará a los proveedores incluidos en su plan si pueden prestar servicios y la fecha en que puede comenzar a recibirlos. Si gestiona sus propios servicios, deberá notificar a sus trabajadores de apoyo comunitario cuándo podrán comenzar a ofrecerlos.



Paso 11

Si necesita cambiar su plan durante el año del plan, su Desarrollador de Planes/Agente de Apoyo puede hacerlo. Para planes estatales o servicios de exención tradicional, un Desarrollador de Planes completará un anexo y proporcionará la documentación que respalde los cambios solicitados. Para servicios autodirigidos, un Agente de Apoyo completará 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 durante el cual recibirá un servicio
- Agregar o eliminar un servicio
- Solicitar la adición de una intervención restrictiva
- Solicitando la adición de tiempo a solas
- Solicitar tiempo a solas para servicios de Hogar Familiar Certificado

Para un plan autogestionado:

- Agregar o eliminar servicios en una categoría de soporte
- Trasladar dinero de una categoría de apoyo a otra
- Solicitar la adición de una intervención restrictiva
- Solicitar un trabajador de apoyo comunitario (CSW) con un salario superior al salario justo de mercado
- Solicitar tiempo a solas para servicios de Hogar Familiar Certificado
-
- Solicitar un cambio en el Agente Fiscal del Empleador (FEA)



Glosario de términos y acrónimos de Liberty

Términos clave

| Término | Definición |
|---|--|
| Evaluación | Proceso de entrevista y herramienta utilizada para completar la elegibilidad para los servicios de exención por discapacidad del desarrollo. |
| Asesor | Empleado de Liberty responsable de administrar la evaluación de elegibilidad. |
| Autorización para usar y divulgar | Formulario de divulgación de información que da permiso a Liberty para a Liberty permiso para obtener/compartir información. |
| Gerente de atención | El empleado del Departamento de Salud y Bienestar que es responsable de aprobar los servicios de discapacidad del desarrollo para adultos. |
| Administrador de casos también conocido como Coordinador de casos | El empleado del Departamento de Salud y Bienestar que es responsable de aprobar los servicios de Discapacidad del Desarrollo Infantil. |
| Individual Support Plan | What the plan developer is writing to identify the plan for Adult services. |
| Partícipe | La persona a quien va dirigida la evaluación. |
| Formulario de elección del desarrollador del plan | El formulario que identifica quién desea que sea el desarrollador de su plan y da permiso a Liberty para obtener/compartir información con ellos. |
| Desarrollador de planes | La persona que redacta el plan para el participante. Suele ser la misma persona que el Coordinador de Servicios o el Agente de Apoyo (véase más abajo). En el caso de los Servicios Tradicionales para Niños, también puede incluir al Gestor de Casos (véase más arriba). |
| Demandado | La persona que responde a la entrevista y a la herramienta de evaluación. |
| Coordinador de servicios | La persona que coordina los servicios de exención tradicional para adultos para el participante. También puede ser la misma persona que desarrolla el plan (véase más arriba). |
| Escalas de comportamiento independiente revisadas | La herramienta de evaluación funcional utilizada para adultos. |
| Agente de soporte | La persona que coordina los servicios de Autogestión para Adultos o de Atención Familiar para Niños para el participante. También puede ser la misma persona que desarrolla el plan (véase más arriba). |
| Plan de Apoyo y Gastos | Lo que el agente de apoyo está escribiendo para identificar el plan para los Servicios de exención autodirigidos para adultos. |
| vinalandia | La herramienta de evaluación funcional utilizada para niños. |

Abreviaturas y acrónimos clave

| Abreviatura o acrónimo | Definición |
|------------------------|---|
| ADH | Salud diurna para adultos |
| ADL's | Actividades de la vida diaria |
| ASD | Trastorno del espectro autista |
| A&D Waiver | Exención para personas mayores y discapacitadas |
| BDDS | Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo |
| BI | Intervención conductual, también intervencionista conductual |
| BIP | Plan de intervención conductual |
| BLTC | Oficina de cuidado a Largo Plazo |
| CBRS | Especialista en rehabilitación comunitaria, también llamado Servicios de rehabilitación comunitaria |
| CBS | Servicios comunitarios |
| CFH | Casa familiar certificada |
| CHIS | Servicios de intervención de habilitación para niños |
| CM | Cuidado / Administrador de casos |
| CP | Parálisis cerebral |
| CSS | Especialista en atención al cliente |
| CSW | Trabajador de apoyo comunitario |
| DD | Discapacidad del desarrollo |
| DDA | Agencia de Discapacidades del Desarrollo |
| DHW | Departamento de Salud y Bienestar |
| DME | Equipo médico duradero |
| DT | Terapia del desarrollo |
| Eval Sub Lim | Evaluación de limitaciones sustanciales |
| FDS | Servicios dirigidos a la familia |
| FEA | Agente empleador fiscal |
| FSIQ | Coficiente intelectual de escala completa |
| GDD | Retraso global del desarrollo |
| HCBS | Servicios basados en el hogar y la comunidad |
| IAP | Proveedor de evaluación independiente |
| ICF/IID | Centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual |
| ID | Discapacidad intelectual |
| IDAPA | Ley de Procedimientos Administrativos de Idaho (Código Administrativo) |
| IEP | Plan Educativo Individualizado |
| IESDB | Servicios educativos de Idaho para personas sordas y ciegas |
| ION/IIN | Inventario de necesidades individuales |
| IRT | Equipo de revisión intenso |
| ISP | Plan de Apoyo Individual (bajo la exención tradicional) |
| KB | Katie Beckett |
| LOC | Nivel de atención |
| LON | Nivel de necesidad |
| MSDA | Resumen de la evaluación médica, social y del desarrollo (MSDA) |
| MRT | Equipo de revisión del gerente |

| | |
|--------|--|
| NEMT | Transporte médico no urgente |
| PCP | Médico de atención primaria |
| PCS | Servicios de cuidado personal |
| PD | Desarrollador de planes, también Desarrollo de planes |
| PSR | Especialista en Rehabilitación Psicosocial |
| QIDP | Profesional cualificado en discapacidad intelectual |
| RALF | Centro de vida asistida residencial |
| RM | Gerente Regional |
| SB | Agente de soporte |
| SD | Autodirecto |
| SE | Empleo con apoyo |
| SIB-R | Escalas de comportamiento independiente revisadas |
| SL | Vida con apoyo |
| SSA | Administración de la Seguridad Social |
| SSI | Ingresos del Seguro Social |
| SSP | Plan de apoyo y gastos (bajo la exención autodirigida y los servicios dirigidos por la familia) |
| TBI | Lesión cerebral traumática |
| TSC/SC | Coordinador de servicios específicos/Coordinador de servicios, también conocido como Coordinación de servicios específicos/Coordinación de servicios |
| VABS | Escalas de comportamiento adaptativo de Vineland |



Idaho Independent Assessment Services Program

8850 W. Emerald St. – Suite 164 | Boise, ID 83704 | 208.258.7980 | FAX: 208.258.7985 | correo electrónico: idahoiias@libertyhealth.com

Liberty Healthcare Corporation de Idaho está contratada con el departamento de Salud y Bienestar de Idaho para realizar evaluaciones independientes y determinar elegibilidad para servicios de discapacidad de desarrollo. Para poder expedir este proceso, por favor provea autorización a Liberty Healthcare Corporation de **obtener, usar, y compartir** cualquier información requerida para determinar su elegibilidad para los servicios de discapacidad de desarrollo. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte nuestra oficina la información se encuentra en la parte de arriba de esta página.

Autorización para Usar y Compartir Información de Salud (debe ser llenada por el Participante o el padre de familia/tutor legal)

| | | |
|--|-----------------------|----------------------|
| INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE | | |
| NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE: _____ | NACIDO/DA EL: _____ | |
| DIRECCIÓN POSTAL: _____ | CIUDAD/ESTADO : _____ | CÓDIGO POSTAL: _____ |
| INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Completar si la autorización que se otorga es hecha por alguien más aparte del Participante de arriba. Por favor provea documentación de su autoridad legal) | | |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE (en caso que sea distinto del Participante): _____ | | |
| RELACIÓN LEGAL DEL SOLICITANTE AL PARTICIPANTE: _____ | | |
| DIRECCIÓN POSTAL: _____ | CIUDAD/ESTADO : _____ | CÓDIGO POSTAL: _____ |
| TELÉFONO DEL SOLICITANTE: _____ NUMERO DE FAX DEL SOLICITANTE: _____ | | |

Yo autorizo a Liberty Healthcare Corporation para **OBTENER** de y/o **COMPARTIR** (marque una o ambas) mi información confidencial con/de:

Con/De: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD/ESTADO : _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

La siguiente información (marque todas las que aplican):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fijar cita para la evaluación | <input type="checkbox"/> Medico/ Examen Físico | <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica |
| <input type="checkbox"/> Responder a la Evaluación | <input type="checkbox"/> Resultados de Evaluación Independiente | <input type="checkbox"/> Neuropsychological Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Plan(es) de Tratamiento(s) | <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos/Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Evaluación de Clínica ASD |
| <input type="checkbox"/> Presencia/Participación en Tratamiento | <input type="checkbox"/> Información de SIB-R/VABS | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Si otra fecha o evento no se ha especificado aquí, esta autorización vence en un año: _____

Entiendo que, a petición mía, una copia de la forma de autorización firmada y completa me será dada. Entiendo y certifico que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Oficial de Privacidad de HIPPA en Liberty a la dirección de arriba. La revocación solo será efectiva desde la fecha en la que es recibida y no se podrá aplicar de manera retroactiva. La información que se comparta de acuerdo con esta autorización podrá ser sujeta a re-compartirse y Liberty no asume ninguna responsabilidad por el uso o mal uso de mi información de salud usada y/o compartida por otros bajo esta autorización.

PARTICIPANTE/TUTOR LEGAL (letra de molde): _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Co-Tutor Legal (letra de molde): _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Idaho Independent Assessment Services Program

8850 W. Emerald St. – Suite 164 | Boise, ID 83704 | 208.258.7980 | FAX: 208.258.7985 | correo electrónico: idahoias@libertyhealth.com

Elección Del Desarrollante Del Plan

Nombre del Participante:

Fecha de Nac.:

Yo elijo al siguiente Desarrollante del Plan y agencia como mi Desarrollante del Plan/Agencia /Agente de Apoyo para el año de plan próximo:

Nombre del Desarrollante del Plan/ Agente de Apoyo (requerido):

Agencia de Coordinación de Servicio (requerido para Plan Estatal, y Exención Tradicional de DD; no es requerido para Servicios Comunitarios de Exención Auto-dirigidos):

Correo electrónico del Desarrollante del Plan/ Agente de Apoyo:

Correo electrónico de agencia de coordinación de servicios:

Número de teléfono del Desarrollante del Plan / Agente de Apoyo:

Por la presente, yo autorizo al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y/o a Liberty Healthcare Corporation para (marque todas las que apliquen):

OBTENER Y /O

COMPARTIR

PROGRAMAR CON Y /O

RESPONDER A EVALUACIÓN

Mi información confidencial con/de la anteriormente nombrada agencia de coordinación de servicios o no-pagado desarrollante del plan o agente de apoyo independiente.

La siguiente información (marque todas las que apliquen) sera transmitida:

Resultados de evaluación independiente

Resultados de evaluación funcional

Planes de tratamiento

Documentación psiquiátrica y psicológica

Documentación médica del doctor Otro:

(por favor especifique)

Esta autorización vence 365 días después de la fecha cuando esta Forma fue firmada, o antes, si es que otra fecha fue dada por escrito.

PARTICIPANTE/TUTOR LEGAL (Letra de Molde)

FIRMA:

Fecha:

CO-TUTOR LEGAL (Letra de Molde)

Fecha:



CONTACTO DE RECURSOS

Liberty Healthcare

8850 W Emerald Street Ste 164
Boise, ID 83704



208-258-7980 o número gratuito 877-305-3469



idahoias@libertyhealth.com



<https://www.idahoias.com>

Jennifer La Jeunesse, LCSW, CMPE
Director Ejecutivo



jennifer.lajeunesse@libertyhealth.com

Jeanne Isom, BSN, RN
Gerente Médico Regional, Este



jeanne.isom@libertyhealth.com

Kyle Hildreth, LCSW
Gerente Clínico Regional, Oeste



kyle.hildreth@libertyhealth.com

Lisa Williams, ATR, LCPC-S
Gerente Clínico Regional, Norte



lisa.williams@libertyhealth.com

Rachael Paine, BS, QIDP
Coordinador de Relaciones Públicas



rachael.paine@libertyhealth.com

Tammy Green, BS, QIDP, CCCM
Gerente de atención al cliente



tammy.green@libertyhealth.com

Wendy Henson
Directora de Formación



wendy.henson@libertyhealth.com

Consulte la página siguiente para ver el mapa de la región y los contactos del Departamento de Salud y Bienestar.

Departamento de Salud y Bienestar de Idaho



© 2024 Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todos los derechos reservados.

Contactos regionales/QA

Región 1

208-769-1567

BDDSQA1@dhw.idaho.gov

Región 2

208-799-4430

BDDSQA2@dhw.idaho.gov

Región 3

208-334-0940 Option #3

BDDSQA3@dhw.idaho.gov

Región 4

208-334-0940 Option #3

BDDSQA4@dhw.idaho.gov

Región 5

208-736-3024

BDDSQA5@dhw.idaho.gov

Región 6

208-239-6260

BDDSQA6@dhw.idaho.gov

Región 7

208-528-5750

BDDSQA7@dhw.idaho.gov

Para la administración de Liberty:

Región Norte - 1 & 2

Región Oeste - 3 & 4

Región Este - 5, 6 & 7

Lista de desarrolladores de planes/coordinadores de servicios:

Ubicado en Coordinación de servicios en la página 10 de la lista de proveedores vinculada a continuación.

Lista de proveedores:

<https://publicdocuments.dhw.idaho.gov/WebLink/DocView.aspx?id=6474&dbid=0&repo=PUBLIC-DOCUMENTS>



Lista de proveedores de apoyo:

<https://publicdocuments.dhw.idaho.gov/WebLink/DocView.aspx?id=15050&dbid=0&repo=PUBLIC-DOCUMENTS>



Si tiene preguntas sobre la exención para personas mayores y discapacitadas (A&D), haga clic aquí:

<https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/medicaid-health/about-medicaid-elderly-or-adults-disabilities>

