

**Solicitud de Ingreso en el Programa de
Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada
(*Multipurpose Senior Services Program - MSSP*)**

Oficina MSSP _____

Nombre del Solicitante _____

Nº Medi-Cal _____ **Teléf** _____

Dirección _____ **Dto** _____

Ciudad/Estado/Cod postal _____

Solicito ingresar al Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (*Multipurpose Senior Services Program - MSSP*). Estoy de acuerdo en cooperar con el personal del *MSSP* que determinará si soy elegible para el programa y, de ser aceptado, trabajará conmigo para obtener los servicios sociales y médicos que necesite.

Si soy elegible y elijo ingresar, entiendo que:

- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, retirarme del programa y decidir seguir viviendo donde vivo ahora. No seré obligado(a) a cambiar mi manera de vivir o domicilio.
- Si se me da de baja o me retiro del *MSSP* de forma voluntaria, esto no afectará otros beneficios sociales o médicos para los que sea elegible.
- *MSSP* es una alternativa a vivir en un centro de convalecencia. Prefiero ingresar al *MSSP* y permanecer en mi hogar.
- No tengo que contestar ninguna pregunta que no sea relevante para determinar los servicios que me corresponde recibir.
- Participaré en el proceso de decidir qué servicios necesito. Se me notificará de los servicios que me corresponde recibir y cualquier cambio que se haga a esos arreglos.
- Todos los reclamos enviados a mi nombre por Medicare, Medi-Cal y servicios sociales serán rastreados por el personal del *MSSP*.
- Toda la información de mi expediente *MSSP* es confidencial. Esto incluye información médica e información general.

- La información general, abierta según mi autorización, será vista solo por el personal y los consultores del *MSSP*, aquellos que me presten los servicios y los que la ley prevea.
- La información médica que autorizo entregar a *MSSP* se debe mantener confidencial, según lo requiere la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*). Reconozco que la Oficina del *MSSP* me proveyó de un aviso de las prácticas de privacidad de la HIPAA.
- Como en el caso de otros servicios a largo plazo de Medi-Cal que recibo, ya que *MSSP* también obtiene fondos de Medi-Cal, el estado puede también buscar la recuperación del el costo de esos servicios de mis bienes personales luego de mi muerte.
- Tengo el derecho de obtener administración de cuidado/servicios por *MSSP* u otra organización autorizada.
- Sólo recibiré servicios *MSSP* mientras existan fondos estatales o federales. Además, no seré elegible para *MSSP* si: el costo de atenderme es mayor que el presupuesto estimado para mi cuidado; *MSSP* determina que ya no puedo beneficiarme a través de esos servicios; el riesgo inminente de ser internado en una institución deja de existir; o si dejo de ser elegible para los beneficios Medi-Cal.
- Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal si mi solicitud de ingreso al programa es rechazada, si se me da de baja en el programa, o si no estoy conforme con los servicios que reciba.

Todas las preguntas que tenía hasta este momento sobre el *MSSP* fueron contestadas en su totalidad. Cuando tenga otras preguntas deberé contactar a:

Personal de MSSP _____ **Teléfono** _____

Firma del solicitante _____

Explicué el *MSSP* y el tipo del compromiso pedido al solicitante. Contesté todas las preguntas sobre el *MSSP* que el solicitante me formuló en persona o a través de terceros que actúan en su representación. Entregué al solicitante una copia de este formulario y una copia de “Derechos del cliente” o del aviso equivalente en su condado.

Por la presente, doy testimonio de la firma precedente:

Firma MSSP _____ **Fecha** _____

El solicitante recibió copia de este formulario el día _____