

Apéndice SPAN -Terminación de Servicios MSSP (Notificación de Acción)

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

MSSP Oficina: _____

RE: Rechazo de beneficios del Programa (MSSP)

Estimado(a): _____

El Código de Asistencia Pública e Instituciones, Artículo 9560 y siguientes, autoriza el funcionamiento del Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (Multipurpose Senior Services Program - MSSP) para personas de 65 años o más que sean beneficiarias de Medi-Cal, vivan en la comunidad, estén certificadas o se les pueda certificar para ser ubicadas en un centro de convalecencia (NF). Además, el costo de atención a los beneficiarios no puede exceder constantemente el costo de un centro de convalecencia. Usted ha solicitado los beneficios del MSSP y/o recibe servicios del MSSP conforme a esta Ley.

Hemos evaluado su solicitud o información proveída y hemos determinado que a partir de fecha: _____ no es elegible para el servicio del MSSP debido a que (seleccione una de las opciones abajo):

Ud. no vive en el área de servicio del MSSP o se ha mudado del lugar.

Ud. ya no desea recibir servicios del MSSP.

Ud. no cumple los requisitos para ser ubicado en un centro de convalecencia.

Otro: _____

Ud. ya no cumple los requisitos para ser recibir Medi-Cal (sin compartir parte del costo en sus gastos médicos).

Ud. fue admitido en un (NF u hospital de cuidado intensivo), y las reglas federales no permiten que el MSSP atienda a personas alojadas en estas instituciones.

California Department of Aging, Multipurpose Senior Services Program
MSSP Site Manual

- El costo estimado para proveer servicios a domicilio es de \$_____ /al mes. Este valor excede el costo del cuidado de tiempo completo en un centro de convalecencia.
- Su elegibilidad para Medi-Cal ha cambiado a un Código Clave de Ayuda (Aid Code) que no lo califica para recibir los servicios del MSSP.
- Ud. no desea o no puede utilizar servicios de administración de cuidado.

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, UD. TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL ANTE UN FUNCIONARIO DE AUDIENCIAS DEL DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS SOCIALES. SE ADJUNTAN LAS INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA.

Las Leyes Estatales que exigen esta acción se encuentran en el Código de Normas de California, Título 22, División 3, Subdivisión 1, Capítulo 2, Artículo 18, Sección 50951, y en el Código de Asistencia Pública e Instituciones, Secciones 10950-10965.

(Seleccione solamente uno de los dos párrafos siguientes):

1. Le aseguramos que el rechazo del MSSP no afectará otros servicios médicos o sociales para los que sea elegible a través del Programa Medi-Cal de California u otros programas de beneficios públicos.
2. Debido a que su elegibilidad actual para servicios Medi-Cal está vinculada a su elegibilidad continua del MSSP, ya no será elegible para Medi-Cal según este criterio. Ud. puede contactar a la oficina de bienestar social de su condado para ver si puede seguir utilizando Medi-Cal según otro criterio de elegibilidad.

Gracias por su interés en el MSSP. En el futuro, puede volver a solicitar los servicios del MSSP si considera que es elegible.

Por favor contacte a Care Manager Nombre: _____ at teléfono: _____ si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

_____, Site Director