

## Solicitud de Ingreso en *MSSP* según los Procedimientos de Consideración Institucional de Medi-Cal

Oficina *MSSP* \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

N° 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 de *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. Nadie me obligará a cambiar mi forma de vida o domicilio.
- Si se me da de baja o me retiro del *MSSP* de forma voluntaria, esto afectará otros beneficios médicos Medi-Cal para los que sea elegible. Mis beneficios Medi-Cal están asociados a la elegibilidad continua del *MSSP*: si ya no soy elegible para *MSSP*, o me retiro de forma voluntaria del programa, los beneficios Medi-Cal también serán concluidos.
- *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 estos arreglos.
- Todos los reclamos enviados a mi nombre por Medicare, Medi-Cal y servicios sociales serán rastreados por el personal de *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 al *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 de *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 el *MSSP* también obtiene fondos de Medi-Cal, el estado puede también buscar recuperar el costo de esos servicios de mis bienes personales luego de mi muerte.
- La información de mi expediente es confidencial. Será vista solo por el personal y los consultores del *MSSP*, aquellos que me presten los servicios y los que la ley prevea.
- 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 el *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 del**  
**MSSP** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Firma del**  
**solicitante:** \_\_\_\_\_

Expliqué 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 partícipe” 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:** \_\_\_\_\_