

Formulario de Referencia de Solicitud de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

| I. INFORMACIÓN DEL CONTACTO | REFERRAL DATE: |
|--|--|
| 1. ¿Quién está haciendo la referencia? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo Adulto <input type="checkbox"/> Hija Adulta <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Planificador de Alta Hospitalaria <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique: Su nombre: _____ Número de Teléfono: _____ | |
| 2. Nombre del Solicitante: | 3. Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 4. Número de Seguro Social: | 5. Fecha de Nacimiento: |
| 6. Language/Etnicidad: | 7. Estado Civil: |
| 8. Domicilio: | 8. Domicilio: Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ |
| 9. Correo Electrónico: | 10. Número de Teléfono: |
| 11. ¿Está relacionado con un empleado del condado de Napa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿quién es ya la relación? _____ | |
| 12. ¿A quién debemos contactar para obtener información adicional? <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Otro, indique el nombre y el número de teléfono: _____ | |
| II. COMPOSICIÓN DEL HOGAR | |
| 13. ¿Vive el solicitante solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Escriba los miembros del hogar a continuación) | |
| Nombre de Esposo/a: _____ | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | Número de Seguro Social: _____ |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | Número de Seguro Social: _____ |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | Número de Seguro Social: _____ |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | Número de Seguro Social: _____ |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | Número de Seguro Social: _____ |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | Número de Seguro Social: _____ |
| III. DIAGNÓSTICO/PROBLEMAS DE SALUD | |
| 14. ¿Cuál es su condición(es) incapacitant (incluyendo enfermedades mentales)? | |
| _____ | |
| 15. ¿El solicitante recibe cuidados paliativos o cuidado al final de la vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 16. ¿El solicitante se encuentra en un centro de atención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿fecha de alta? | |
| 17. ¿Se espera que su condición de discapacidad sea de 12 mese o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| NOTA: La ley estatal require que cada persona que solicite IHSS proporcione una certificacion medica completada por un medico profesional. Aqui esta el enlace al formulario de certificacion de atencion medica requerido (SOC 873): https://cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/SOC873SP.pdf | |
| IV. NECESIDADES DEL PROVEDOR DE CUIDADO | |
| 18. ¿Alguien le está ayundando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, quien? | |
| 19. Informacion adicional: | |
| _____ | |
| V. ELIGIBILIDAD/ACOMODACIONES | |
| 20. ¿Tiene Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No – Si no, debará aplicar. | |
| 21. ¿Tiene Ud. Problemas visuales? <input type="checkbox"/> Ciego <input type="checkbox"/> Discapacidades Visuales <input type="checkbox"/> N/A | |
| 22. ¿Si Ud. es ciego o tiene discapacidades visuales, desearía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A | |
| <input type="checkbox"/> Letra Tamaño 18 <input type="checkbox"/> CD de Audio <input type="checkbox"/> CD de Datos <input type="checkbox"/> Apoyo del Condado | |

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Referral Complete: Yes No Recommend Expedite Application: Yes No

Follow-Up Required: Yes No Follow-Up Completed On:

Previously Received IHSS: Yes No Social Worker Name:

Confirmation/Case #:

Assign To: SW Phone #: Date Assigned:

QA Medi-Cal Aid Code: QX Living Arrangement: SOC:

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR

Al Solicitante: Todas las secciones de este formulario deben ser completadas. La información provista está sujeta a verificación.

NOTA: Conserve la copia de su solicitud ya completa. Con respecto a su número de seguro social, es obligatorio que proporcione su Número de Seguro Social como se requiere en 42 USC 405, o que solicite un Número de Seguro Social con la Administración del Seguro Social. Esta información se usará en la determinación de elegibilidad y en la coordinación de información con otras agencias públicas.

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Fecha de la Solicitud: | Número del Caso (si lo sabe): |
|-------------------------------|--------------------------------------|

Sección 1 – Información Personal

| | | |
|--------------------------------|---|---------------------------------|
| Nombre del Solicitante: | | Número de Seguro Social: |
| Domicilio: | | Ciudad: |
| Estado: | Código Postal: | Teléfono: |
| | | Correo Electrónico: |
| Fecha de Nacimiento: | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |

Sección 2 – Orientación Sexual e Identidad de Género (Opcional)

Proporcionar respuestas en las siguientes secciones es opcional y confidencial. Cualquier información proporcionada en esta sección no se usará en la determinación de su elegibilidad.

| | |
|---|--|
| ¿Cuál es su identidad de género? (marque la casilla que mejor describa su identidad de género actual) | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> No Binario (ni hombre ni mujer) |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Otra identidad de género |
| <input type="checkbox"/> Transgénero: Masculino a femenino | <input type="checkbox"/> Me rehusó a decirlo |
| <input type="checkbox"/> Transgénero: Femenino a masculino | |

¿Qué sexo se indicó en su Acta de nacimiento original? Femenino Masculino

¿Cómo describe su orientación sexual?

Seleccione una respuesta.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Otra orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Homosexual o lesbiana | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Me rehusó a decirlo |
| <input type="checkbox"/> Queer | |

Sección 3 – Información de Veteranos

¿Es usted un Veterano?

Sí No

¿Es usted Cónyuge/Hijo de un Veterano?

Sí No

Si contestó Sí, de el nombre del Veterano y Número de Reclamo:

Sección 4 – Información de SSI/SSP

¿Recibe usted beneficios de SSI/SSP? Sí No

Si contestó Sí, indique su tipo de alojamiento:

Vida Independiente Casa y Comida Hogar de Alguien más

Servicios solicitados:

Sección 5 – Historial de IHSS

¿Ha recibido Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado? Sí No

Sí Contestó Sí, complete lo siguiente.

Fecha y condado donde se recibió servicio por ultima vez:

Total de horas mensuales:

Nombre Usado (si es diferente al de arriba):

Sección 6 – Información del Hogar

Enumere los Miembros del Hogar:

| | |
|--|---------------------------------|
| Nombre del Esposo o esposa: | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: |
| Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> No Pariente | |

Sección 7 – Información Étnica y de Idioma

La ley exige que se recopile información sobre el origen étnico y el idioma primario. Si no completa esta sección, el personal del servicio social tomará una determinación. La información no afectará su elegibilidad para el servicio.

| | |
|--|--|
| <p>A. Mi Origen Étnico es:</p> <p>.....</p> <p>(Vea la Página 8 la lista de Etnias y Códigos)</p> | <p>B1. ¿En qué idioma prefiere leer? Por favor escoja uno</p> <p>B2. ¿En qué idioma prefiere hablar? Por favor escoja uno (Por favor escoja uno de la lista de Idiomas y Códigos en la Página 8)</p> |
|--|--|

Sección 8 – Asistencia con la Comunicación

Para asistir a los solicitantes ciegos o con discapacidad visual, la información de IHSS está disponible en los siguientes formatos alternativos. Por favor indique qué formato prefiere, si es que aplica. Proporcionar información en esta Sección no afectará su elegibilidad para los servicios.

Soy Ciego: Sí No

Si respondió Sí, por favor escoja uno de los siguientes por cada uno de los tres tipos de documentos enumerados del Departamento de Servicios Sociales (DSS).

Para Avisos de Acción: No se necesitan adaptaciones Documentos en Braille
 Audio CD CD de Datos Apoyo del Condado

(Si es Apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado)

Para formularios requeridos por IHSS: No se necesitan adaptaciones

Documentos Braille

Audio CD CD de Datos Apoyo del Condado

(Si es Apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado)

Para reportes de horas: No se necesitan adaptaciones

Sistema Telefónico (4 Digitos RAN:) Apoyo del Condado

Sistema Electrónico para reportes de horas (ETS) (Los solicitantes y los proveedores deben registrarse primero en <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

Tengo una discapacidad visual: Sí No

Si contestó Sí, por favor escoja uno de los siguientes por cada uno de los tres tipos de documentos enumerados del Departamento de Servicios Sociales (DSS).

Para Avisos de Acción: No se necesitan adaptaciones
 Documentos en letra de 18 puntos Audio CD CD de datos Apoyo del Condado

(Si es Apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado)

Para formularios requeridos por IHSS: No se necesitan adaptaciones
 Documentos en letra de 18 puntos Audio CD CD de datos Apoyo del Condado

(Si es Apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado)

Para reportes de horas: No se necesitan adaptaciones
 Sistema Telefónico (4 Digitos RAN:)
 Documentos en letra de 18 puntos Apoyo del Condado
 Sistema Electrónico para reportes de horas (ETS) (Los solicitantes y los proveedores deben registrarse primero en <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(Si es Apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado, incluyendo servicios solo para ciegos)

Sección 9 – Afirmación

Yo afirmo que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en cooperar plenamente si se requiere la verificación de las declaraciones anteriores en el futuro.

También entiendo que como empleador de mi(s) proveedor(es) de IHSS soy responsable de:

1. Contratar, capacitar, supervisar, programar y, cuando sea necesario, despedir a mi(s) proveedor(es).
2. Asegurar que el total de horas reportadas por todos los proveedores que trabajan para mí no exceda mis horas autorizadas de IHSS cada mes.
3. Enviar a cualquier persona que yo quiera contratar a la oficina de IHSS del Condado para completar el proceso de elegibilidad del proveedor.
4. Notificar a la oficina de IHSS del Condado dentro de 10 días cuando contrate o despida a un proveedor.

Además, entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes términos y limitaciones con respecto al pago por servicios del programa IHSS:

1. Para que una persona sea pagada por el programa IHSS, debe ser aprobada como proveedor elegible del IHSS.
2. Si decido que una persona trabaje para mí y no ha sido aprobada como proveedor elegible de IHSS, yo seré responsable de pagarle a él/ella si no es aprobado/a.
3. El programa IHSS no pagará ningún servicio que se me brinde hasta que se apruebe mi solicitud de servicios y luego solo pagará por los servicios que el Programa IHSS autorice que yo reciba.
4. Seré responsable de pagar cualquier servicio que reciba que no esté incluido en mi autorización de IHSS.
5. Seré responsable de pagar mi costo compartido (SOC) e informar a mi(s) proveedor(es) individual(es) de dicho SOC.

También entiendo y estoy de acuerdo en cooperar con lo siguiente como parte de mi elegibilidad para IHSS:

Para promover la integridad del programa y la garantía de calidad, puedo estar sujeto a visitas (no) anunciadas a mi hogar y que yo o mi(s) proveedor(es) pueden recibir cartas identificando problemas sobre los requisitos del programa del Departamento de Servicios para el Cuidado de la Salud (DHCS), del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) y/o el Condado en el que recibo los servicios.

El objetivo de las visitas y cartas es garantizar que se sigan los requisitos del programa y que los servicios autorizados sean necesarios para que permanezca seguro en su hogar. La visita también verificará que se brinden los servicios autorizados, que la calidad de esos servicios sea aceptable y que su bienestar esté protegido.

Si se determina que los servicios de IHSS no son necesarios o no se brindan de manera adecuada, usted y/o su proveedor pueden estar sujetos a una investigación de fraude de Medi-Cal. Si se confirma el fraude, usted y/o su proveedor serán procesados por fraude de Medi-Cal.

Sección 10 – Firma(s)

| | |
|--|--|
| Firma del Solicitante | Fecha: |
| Firma del Representante del Solicitante (sólo si aplica): | Fecha: |
| Relación del Representante con el Solicitante (sólo si aplica): | Número Telefónico del Representante (sólo si aplica): |
| Domicilio del Representante (sólo si aplica): | |

Para reportar una sospecha de fraude o abuso en la provisión o recibo de los servicios de IHSS, por favor llame a la línea directa de fraude al 1-800-822-6222, o envíe correo electrónico a stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov, o visite <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>.

FOR AGENCY USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

| | | |
|---|---|---------------------------|
| Income Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Status Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Medi-Cal Aid Code: |
| MAGI Eligible Recipient: <input type="checkbox"/> Disabled 12 months or longer <input type="checkbox"/> At risk without IHSS | Verification: | |
| Notes: | | |
| Signature of Social Worker or Agency Representative: | Telephone Number: | |

Códigos de Etnia:

- A. Blanco.**
- B. Hispano.**
- C. Negro.**
- D. Otros asiáticos o isleños del Pacífico.**
- E. Indígena Americano o nativo de Alaska.**
- F. Filipino.**
- G. Chino.**
- H. Camboyano.**
- I. Japonés.**
- J. Coreano.**
- K. Samoano.**
- L. Hindú.**
- M. Hawaiano.**
- N. Guamano.**
- O. Laosiano.**
- P. Vietnamita.**
- Q. Otro.**
- R. Etnia mixta.**

Códigos de Idioma:

- 1. Lenguaje de Señas Americano (AMISLAN o ASL).**
- 2. Español - El Aviso de Acción (NOA) será enviado en español.**
- 3. Cantonés.**
- 4. Japonés.**
- 5. Coreano.**
- 6. Tagalo.**
- 7. Otro que no sea inglés.**
- 8. Inglés.**
- 9. Español -El NOA será enviado en inglés.**
- 10. Otro lenguaje de señas.**
- 11. Mandarín.**
- 12. Otros Idiomas chinos.**
- 13. Camboyano.**
- 14. Armenio.**
- 15. Ilocano.**
- 16. Mien.**
- 17. Hmong.**
- 18. Laosiano.**
- 19. Turco.**
- 20. Hebreo.**
- 21. Francés.**
- 22. Polaco.**
- 23. Ruso.**
- 24. Portugués.**
- 25. Italiano.**
- 26. Árabe.**
- 27. Samoano.**
- 28. Tailandés.**
- 29. Farsi.**
- 30. Vietnamita.**

SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR

Lista de control de las responsabilidades del beneficiario/empleador

YO, _____, HE SIDO INFORMADO POR MI TRABAJADOR SOCIAL QUE COMO BENEFICIARIO/EMPLEADOR SOY RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN.

- 1) Proporcionar la documentación requerida a los trabajadores sociales para determinar la continuidad de la elegibilidad y la necesidad de servicios. La información a presentar incluye, entre otras cosas, modificaciones en los ingresos, la composición del hogar, el estado civil, la posesión de propiedades, el número de teléfono y el tiempo que me encuentro fuera del hogar.
- 2) Encontrar, contratar, capacitar, supervisar y despedir al proveedor que contrato.
- 3) Cumplir las leyes y las reglas relacionadas con los salarios, las horas, las condiciones de trabajo y la contratación de personas menores de 18 años.

NOTA: Consulte la Orden N.º 15 de la Comisión de Bienestar Industrial (*Industrial Welfare Commission, IWC*) relacionada con los salarios, las horas y las condiciones de trabajo que se puede obtener en el Departamento de Relaciones Industriales (*Department of Industrial Relations*) del estado, División de Cumplimiento de Normas de Trabajo (*Division of Labor Standards and Enforcement*) que figura en el directorio telefónico. Comuníquese con el distrito escolar local para obtener información adicional sobre la contratación de menores.

- 4) Verificar que el proveedor reside legalmente en los Estados Unidos. El proveedor y yo completamos el Formulario I-9. Conservaré este formulario durante el menos tres (3) años o durante un (1) año después de finalizado el empleo, el período que sea más extenso. Protegeré la información confidencial del proveedor, como el número de seguro social, la dirección y el número de teléfono.
- 5) Garantizar las normas de compensación, la planificación del trabajo y las condiciones de trabajo para el proveedor.
- 6) Informar al trabajador social cualquier modificación futura de los proveedores, incluido lo siguiente:
 - ___ nombre;
 - ___ dirección;
 - ___ número de teléfono;
 - ___ parentesco, si lo hay;
 - ___ horas que debe trabajar y servicios que debe prestar cada proveedor.
- 7) Informar al proveedor que el salario bruto por hora es \$ _____ 13.00 _____, y que los impuestos del Seguro de discapacidad del seguro social y del estado se deducen de los salarios del proveedor.
- 8) Informar al proveedor que puede solicitar que los impuestos federales o estatales sobre la renta se deduzcan de sus salarios. Ordenar al proveedor que presente el Formulario W-4 (para la retención de impuestos federales sobre los ingresos) o el Formulario DE 4 (para la retención de impuestos estatales sobre los ingresos).
- 9) Informar al proveedor que tiene beneficios de compensación por lesiones de trabajo, beneficios del Seguro de desempleo del estado y beneficios del Seguro de discapacidad del estado.
- 10) Informar al proveedor que recibirá una hoja informativa donde se indicarán los servicios autorizados y el tiempo autorizado que se determinan para prestar esos servicios. Informar al proveedor que no se le paga por el trabajo que realiza cuando me encuentro fuera del hogar (por ejemplo, en un hospital o de vacaciones).
- 11) Pagar mi parte del costo, si corresponde.
- 12) Verificar y firmar la planilla de control de horas del proveedor por cada período de pago, donde se indiquen correctamente los días y la cantidad total de horas trabajadas. Comprendo que se me pueden iniciar acciones penales según las leyes federales y estatales por dar información falsa o por ocultar información. Comprendo que, cuando se solicite, deberé colocar mi huella dactilar en la planilla de control de horas del proveedor para ratificar los días y las horas trabajadas. Esto será necesario para que el proveedor pueda recibir el pago.
- 13) Asegurarme de que el proveedor firme la planilla de control de horas.
- 14) Informar al proveedor que envíe por correo la planilla de control de horas a la dirección que corresponda al final de cada período de pago.

Firma del beneficiario

Fecha

Nombre en letra de imprenta

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA LISTA DE CONTROL DE LAS RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO/EMPLEADOR

1. Este formulario se utiliza sólo para revisión con los beneficiarios que reciben servicios de proveedores individuales.
2. Los condados deben utilizar este formulario para asegurarse de que se hayan informado a los beneficiarios sus responsabilidades básicas como empleadores de proveedores de IHSS y que las hayan comprendido.
3. Revise cada punto con el beneficiario y explíquelo cómo puede cumplir cada requisito.
4. Deje una copia del formulario al beneficiario.



Trabajador Social:

Numero de Telefono:

Guía para el programa de Servicios y Cuidado Personal (IHSS)

A Tradition of Stewardship
A Commitment to Service

1. Ud. tiene el derecho y responsabilidad de dirigir sus servicios. Esto incluye: decidiendo donde vivir, teniendo voz y control sobre su horario diario, teniendo la decisión de participar en actividades de la comunidad y teniendo la opción de buscar un empleo si usted lo desea.
2. Si Ud. ha sido determinado elegible para el programa de Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS), Ud. recibirá una Notificación de Acción (NOA), describiendo los servicios y las horas que se le han autorizado por mes. Sus horas siguen igual mes tras mes. **Ud. es responsable de pagarle a su proveedor horas trabajadas que superan sus horas autorizadas por mes.**
3. Su NOA identifica solo los servicios que Ud. es elegible de recibir. **NO**, pida a su proveedor de hacer cosas que no están incluidas en su NOA.
4. Los proveedores de IHSS son elegibles para recibir pago de tiempo extra. Este pago se da para compensar servicios de IHSS que exceden 40 horas por semana de trabajo. Es importante que Ud. haga un horario con su proveedor para asegurar que el/ella no trabaje más tiempo extra de lo que está autorizado para su situación.
5. Su firma verifica la exactitud y sinceridad de la tarjeta de tiempo. Anote los días y las horas que su proveedor le trabaja. Anote en su calendario la hora que su proveedor comienza y termina.
6. **Tiene 10 días**, para reportar si es admitido al hospital, cambios de ingresos (incluyendo SSI), número de personas viviendo en su hogar, cambio de domicilio, número de teléfono, viajes fuera del área y si cambia de proveedor.
7. Ud. tiene que avisar lo más pronto posible, cualquier amenaza a su salud y seguridad, tales como: lesiones graves, abuso o negligencia.
8. Transportación no es un servicio autorizado. IHSS no le puede autorizar tiempo adicional para que Ud. acompañe a su proveedor cuando ellos van de compras, hacer encargos o ir a la lavandería para Ud.
9. Si se le autoriza acompañamiento a citas médicas, **NO** espere que su proveedor le transporte en el coche de ellos sin costo. Pónganse de acuerdo en un monto que Ud. le pagara a su proveedor por milla o por viaje antes de que comience el trabajo. Si su proveedor no le puede transportar a sus citas medicas, comuníquese con su trabajador de IHSS para hablar sobre otros alternativos.
10. Las leyes Federales y Estatales, requieren el reembolso de beneficios de Medi-Cal pagados después de la edad de 55 años, de patrimonio del Beneficiarios de Medi-Cal, si no hay esposo/a sobreviviente, hijos menores de edad o hijos permanente y totalmente deshabilitados. Si Ud. desea más información del Programa de Medi-Cal de Recuperación del Patrimonio Sucesorio, comuníquese con su trabajador de Medi-Cal.
11. Publicación 13 – Sus Derechos Bajo los Programas de Asistencia Pública de California.
12. Guía de Recursos del Condado de Napa.

Mi trabajador social de IHSS ha revisado esta información conmigo

Nombre: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

This box to be completed by SP-DDSD (Internal use only)

Los expedientes de quién se revelarán:

| | | | | |
|-----------------------|---------|----------|-------------------------|-----------------------------------|
| Nombre—Nombre de pila | Inicial | Apellido | Número de seguro social | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|-----------------------|---------|----------|-------------------------|-----------------------------------|

POR FAVOR, LEA AMBAS PÁGINAS DEL FORMULARIO ENTERO, ANTES DE FIRMAR.

Yo, autorizo y solicito voluntariamente la revelación (incluyendo el intercambio en papel, verbal y electrónico):

DE QUÉ: Todos mis expedientes médicos; además mis expedientes educativos y demás información relacionada con mi capacidad de desempeñar tareas. Esto incluye el permiso específico para revelar:

- Todos los expedientes y demás información con respecto a mi tratamiento, hospitalización y atención en calidad de paciente ambulante, para mi(s) incapacidad(es), incluyendo, y no limitándose a:
 - Incapacidad(es) psicológica(s), psiquiátrica(s) u otra(s) incapacidad(es) mental(es) (excluyendo las “notas de psicoterapia”, según se definen en el 45 CFR 164.501)
 - Drogadicción, alcoholismo u el abuso de otras sustancias
 - Anemia de drepanocito (*Sickle cell anemia*)
 - Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA] o pruebas para el VIH) o enfermedades transmitidas sexualmente
 - Resultados de pruebas genéticas
- Información sobre cómo mi(s) incapacidad(es) afecta(n) mi capacidad para completar tareas y actividades de la vida diaria, o afecta(n) mi capacidad para trabajar.
- Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluyendo Programas Educativos Individualizados (*Individualized Educational Programs*), evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas o del habla, y cualesquier otros expedientes que pueden ayudar a evaluar la función; además, las observaciones y evaluaciones de los maestros.
- No únicamente la información pasada, sino también la información creada en un período de 12 meses, después de la fecha de que se firme esta autorización.

DE QUIÉN(ES):

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, médicos, psicólogos, laboratorios, etc.) incluyendo establecimientos de salud mental
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, administradores de expedientes, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Examinadores asesores utilizados por Programas Estatales—División de Servicios de Determinación de Incapacidades (*State Programs—Disability Determination Service Division [SP—DDSD]*)
- Empleadores
- Otras personas que podrían conocer lo referente a su condición (familiares, vecinos, amigos)

A QUIÉN(ES): El Departamento de Servicios Sociales del Estado de California (California Department of Social Services [CDSS]) o el Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services [DHCS]) con el fin de determinar si reúno los requisitos para recibir beneficios de incapacidad, incluyendo los servicios por contrato, utilizados para duplicar los expedientes, y médicos u otros profesionales a los que se consultaron durante el proceso para tomar la determinación.

PROPÓSITO: El determinar mi elegibilidad para recibir beneficios, incluyendo el considerar el efecto combinado de cualesquier incapacidades que, por sí solas, no cumplirían con la definición de incapacidad de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration).

CUÁNDO CADUCA: Esta autorización es válida por un período de 12 meses, a partir de la fecha en que se firme.

- Autorizo el uso de una copia (incluyendo una copia electrónica o de fax) de este formulario, para la revelación de la información descrita anteriormente.
- Entiendo que existen algunas circunstancias cuando esta información podría volver a revelarse a otras partes interesadas (vea la página 2 para detalles).
- Excepto para medidas que ya se hayan tomado, puedo escribir a la División de Servicios de Determinación de Incapacidades y mis fuentes, para revocar esta autorización en cualquier momento (vea la página 2 para detalles).
- Tengo derecho a una copia de este formulario, si la pido; además, tengo derecho a pedirle a la fuente que me deje inspeccionar u obtener una copia del material que se revelará.
- He leído ambas páginas de este formulario, y estoy de acuerdo en la revelación anterior, de los tipos de fuentes enumeradas.**

PERSONA que autoriza la revelación

| | | |
|-------|-------|---|
| Firma | Fecha | SÓLO PARA SERVICIOS DE CONSENTIMIENTO DE MENORES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|-------|-------|---|

Si no firma la persona sobre quien es la revelación, especifique la base de la autoridad para firmar

Padre/Madre del menor Tutor(a) legal Otro(a) representante personal (explique la relación con la persona, y la razón por la cuál ésta no puede firmar.)

NOTA: LOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD Y MAYORES, QUE PODRÍAN DAR SU CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS, BAJO EL CÓDIGO DE FAMILIA, TIENEN QUE FIRMAR UNA REVELACIÓN. ADEMÁS, EL PADRE/LA MADRE O TUTOR(A) LEGAL DE CADA MENOR TIENE QUE FIRMAR UNA REVELACIÓN POR SEPARADO, EN AQUELLOS CASOS QUE INVOLUCRAN EL CONSENTIMIENTO DE MENORES SOLAMENTE. (VEA LA EXPLICACIÓN EN EL REVERSO.)

TESTIGO: Yo conozco a la persona que firma este formulario, y estoy satisfecho(a) con la identidad de esta persona. (Se requiere para las firmas con una “X”, ilegibles o de símbolos extranjeros)

| | |
|---------------------------------------|-------------|
| Firma | Fecha |
| Dirección residencial (número, calle) | Ciudad |
| | Estado |
| | Zona postal |

Esta autorización general y especial para revelar información se ha elaborado para cumplir con las disposiciones con respecto a la revelación de información médica y otra información, conforme a: La Sección 262 (a) de la Ley de Responsabilidad y Transmisión de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act), la Sección 1320d–1320d-8 (CFR 45 Parte 164) del Código de los Estados Unidos 42; la Sección 290dd-2 (CFR 42 parte 2) del Código de los Estados Unidos 42; la Sección 7332 del Código de los Estados Unidos 38; la Sección 1232g (CFR 34 Partes 99 y 300) del Código de los Estados Unidos 20; y la ley estatal, incluyendo la Sección 56.10(b) del Código Civil, las Secciones 10850 y 14100.2 del Código de Instituciones y Asistencia Pública y las Secciones 1798–1798.78 del Código Civil.

NO CAMBIE ESTE FORMULARIO

Explicación del Formulario MC 220 AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Necesitamos su autorización por escrito, para ayudarle a obtener la información que se requiere para tramitar su solicitud de incapacidad. Las leyes y regulaciones exigen que las fuentes tengan una autorización, antes de revelarnos información. Además, las leyes exigen la autorización para la revelación de información sobre ciertas condiciones, así como de fuentes educativas.

Usted puede proporcionar esta autorización, firmando un formulario MC 220. La ley federal permite que las fuentes con información sobre usted revelen esa información, si usted firma una sola autorización, para revelar toda su información, de todas sus posibles fuentes. Si usted firma esa sola autorización, haremos copias de la misma, para cada fuente con la que nos comuniquemos para obtener su información. Si por cualquier razón, necesitamos autorizaciones adicionales, nos comunicaremos con usted.

La razón por la que necesitamos que los menores de 12 años de edad y mayores firmen una autorización, además de la autorización firmada por el padre/la madre/tutor(a) legal, es que puede existir una relación confidencial entre médico y paciente entre un(a) niño(a) y su médico, en base a las Secciones 6920-6929, del Código de Familia, bajo ciertas circunstancias, una vez que el/la niño(a) cumpla los 12 años de edad. La *HIPAA* autoriza la revelación, confiando en la autorización de un(a) menor no emancipado(a), cuando otra disposición de ley le permite al/a la menor autorizar el tratamiento o atención descritos en los documentos que se revelarán. [45 CFR § 164.502(g)(3).] Por consecuencia, es posible que sea necesario obtener el consentimiento del/de la niño(a), en lugar de, o además del consentimiento de uno de los padres, a fin de obtener acceso a la información necesaria.

Usted tiene derecho a revocar o modificar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una acción ya haya ocurrido. Para hacerlo, envíe una declaración por escrito a Programas Estatales - División de Servicios de Determinación de Incapacidades, dirigida a: Especialista en Relaciones Profesionales. Si lo hace, también envíe una copia directamente a cualquiera de sus fuentes de información, indicándoles que ya no desea revelar información sobre usted. El Departamento de Servicios Sociales de California puede indicarle si identificamos algunas fuentes que usted originalmente no nos indicó. Según se describe a continuación, la revocación o la modificación podría resultar en la pérdida de beneficios.

INFORMACIÓN IMPORTANTE, INCLUYENDO LA NOTIFICACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE PRÁCTICAS SOBRE LA INFORMACIÓN

Toda la información personal que el *CDSS* recopile está protegida por la Ley de 1977 de Prácticas sobre la Información. Además, la información producida o conservada por parte del *CDSS* o del *DHCS*, en conexión con el programa de Medi-Cal está protegida por la Sección 14100.2, del Código de Instituciones y Asistencia Pública de California; y la Sección 1396a(a)(7), del Código de los Estados Unidos (*USC*), del Título 42. El *CDSS* retiene la información conforme a los horarios de retención prescritos por el departamento.

El *CDSS* está autorizado para recopilar la información, actuando conforme a un acuerdo con el *DHCS*, en este formulario, bajo la Sección 14011, del Código de Instituciones y Asistencia Pública de California y las regulaciones en el Título 22, del Código de Regulaciones de California (*CCR*). La información en este formulario se necesita para tomar una decisión acerca de la solicitud del/de la solicitante o beneficiario(a) nombrado(a) para, o la elegibilidad continua para Medi-Cal, en base a una incapacidad. Aunque el darnos la información en este formulario es voluntario, el no proveer toda, o parte de la información solicitada podría evitar una decisión precisa u oportuna sobre la solicitud del/de la solicitante nombrado(a), o sobre la continuación de beneficios. Aunque la información que se obtenga con este formulario no se utiliza típicamente, para ningún otro fin que no sea el tomar una determinación de la condición de incapacidad del/de la solicitante, el *CDSS* o el *DHCS* puede revelar dicha información, por razones relacionadas a la administración del Programa de Medi-Cal, como por ejemplo, pero no necesariamente limitándose a: (1) permitirle a una tercera parte o dependencia que ayude al *CDSS* o al *DHCS* a establecer los derechos a recibir beneficios de Medi-Cal, (2) facilitar estudios estadísticos, actividades de auditorías e investigaciones/programas sobre el fraude y el abuso, necesarios para garantizar la integridad y mejora del Programa de Medi-Cal, y (3) en procesos administrativos y procesos legales relacionados, que involucren su apelación de una decisión del Programa de Medi-Cal. Una persona tiene derecho a tener acceso a los expedientes que contengan su información personal, que el *CDSS* mantiene. El/la funcionario(a) responsable de mantener la información es el Director Suplente de la División de Servicios de Determinación de Incapacidades, 744 P Street, Sacramento, CA 95814, (916) 657-2265.

ATENCIÓN SOLICITANTES/BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE AYUDA EN EFECTIVO PARA LOS INMIGRANTES ANCIANOS, CIEGOS O INCAPACITADOS (CASH ASSISTANCE PROGRAM FOR AGED, BLIND OR DISABLED IMMIGRANTS - CAPI)

En los casos del *CAPI*, además de la protección brindada a los expedientes personales por parte de la Ley de Prácticas sobre la Información, según se trató anteriormente, los documentos y la información recopilados, en base a esta autorización, están sujetos a la protección acordada por la Sección 10850 y las que siguen, del Código de Instituciones y Asistencia Pública, pero que no las estipulan la Sección 14100.2 del Código de Instituciones y Asistencia Pública u otras disposiciones pertinentes al Programa de Medi-Cal. En general, la Sección 10850 prohíbe la revelación de listas de beneficiarios sobre servicios sociales públicos que no son médicos, como por ejemplo el *CAPI*, u otra información que identifique o información personal, para cualquier fin que no esté conectado con la administración del *CAPI*. La ley autoriza el uso de los expedientes, en conexión con la investigación, auditoría, y en procesos administrativos, civiles y criminales conectados con la administración del programa de *CAPI*. Además, la ley autoriza el compartimiento de dicha información con otras dependencias públicas, para los fines de determinar la elegibilidad para, y otros fines concentrados con la administración de servicios sociales públicos, y con funcionarios de escuelas, para fines de administrar programas de asistencia federal, que proveen asistencia en efectivo o servicios semejantes, directamente a las personas, en base a su necesidad. Además, la ley autoriza la revelación de información para fines investigativos, siempre y cuando la información que identifique a la persona de quien son los expedientes, se extraiga de los expedientes. Además, existe la posibilidad de revelación, conforme a una orden de un tribunal de jurisdicción competente. Sin embargo, en realidad, las clases de expedientes que se recopilan realmente para el programa de *CAPI*, en base a esta autorización, probablemente se utilicen exclusivamente para determinar la incapacidad, excepto cuando un tribunal ordene la revelación para otros fines.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿quiere solicitar su inscripción para votar hoy aquí?
(Marque uno)

- Ya estoy inscrito. Estoy inscrito para votar en mi dirección residencial actual.
- Sí. Me quiero inscribir para votar. (Llene la tarjeta adjunta de inscripción para votar.)
- No. No me quiero inscribir para votar.

NOTA: SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. PUEDE LLEVAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA VOTAR ADJUNTO E INSCRIBIRSE CUANDO LE SEA CONVENIENTE.

Nombre del solicitante _____

Fecha _____

Avisos importantes

1. Si solicita su inscripción para votar, o decide no hacerlo, ello **no** afectará la cantidad de ayuda provista por esta agencia.
2. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, lo ayudaremos a hacerlo. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es sólo suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.
3. Si cree que alguien interfirió con su derecho a inscribirse para votar, o a no inscribirse, su derecho a privacidad para decidir si se inscribe o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir el partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado llamando sin cargo al (800) 232-VOTA (8682), o escribiendo a: Secretary of State, 1500 - 11th Street, Sacramento, CA, 95814. Para obtener más información sobre las elecciones y la votación, visite el sitio web del Secretario de Estado en www.sos.ca.gov.

01/13 NVRA Voter Preference Form – Spanish