



# Member Handbook



[www.inclusa.org](http://www.inclusa.org)

3349 Church Street, Suite 1 • Stevens Point, WI 54481 • 877-622-6700 | 28526 US Highway 14 • Lone Rock, WI 53556 • 877-376-6113  
1407 St. Andrew Street, Suite 100 • La Crosse, WI 54603 • 877-785-6266

DHS Approval Date: 7.26.2017

*[DHS Approval Date 10/22/2019]*

**Manual de los miembros  
de Family Care  
Family Care  
Member Handbook**

## **INCLUSA:**

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact **INCLUSA** at 1-877-622-6700 or TTY 715-204-1799.

### **English**

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services are available to you free of charge. Call 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

### **Spanish**

**ATENCIÓN:** Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles sin cargo, llame al 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

### **Hmong**

**CEEB TOOM:** Yog koj hais lus Hmoob, kev pab rau lwm yam lus muaj rau koj dawb xwb. Hu 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

## Chinese Mandarin

注意：如果您说中文，您可获得免费的语言协助服务。请致电 1-877-622-6700 (TTY 文字电话: 1-715-204-1799).

## Somali

DIGTOONI: Haddii aad ku hadasho afka Soomaaliha, adeegyada caawimada luqadda waxaa lagu heli karaa iyagoo bilaash ah. Wac 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

## Laotian

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໃຊ້ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вам будут бесплатно предоставлены услуги переводчика. Позвоните по номеру: 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

## Burmese

ကျေးဇူးပြု၍ နားဆင်ပါ - သင်သည် မြန်မာစကားပြောသူဖြစ်ပါက၊  
သင့်အတွက် အခမဲ့ဖြင့် ဘာသာစကားကူညီရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်သည်။  
1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799) တွင် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

## Arabic (right to left)

تنبيه: إذا كنتم تتحدثون العربية، تتوفر لكم مساعدة لغوية مجانية. اتصلوا بالرقم

1-715-204-1799 : (هاتف نصي : 1-877-622-6700).

**Serbo-Croatian**

**PAŽNJA:** Ako govorite srpsko-hrvatski imate pravo na besplatnu jezičnu pomoć. Nazovite 1-877-622-6700 (telefon za gluhe: 1-715-204-1799).



## Tabla de contenidos

<b>Capítulo 1. Números de teléfono y recursos importantes .....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 2. La bienvenida y la introducción.....</b>	<b>21</b>
Bienvenido a <i>Inclusa</i> .....	21
¿Cómo me puede ayudar el programa Family Care?.....	21
¿Quién me ayudará?.....	22
¿Qué significa ser un miembro? .....	23
¿Quién puede ser un miembro de <i>Inclusa</i> ?.....	23
¿Cómo hacerme miembro? .....	25
<b>Capítulo 3. Cosas que debe saber para recibir servicios .....</b>	<b>26</b>
¿Cómo funciona Family Care? .....	26
¿Qué debe estar en su plan de cuidado?.....	27
¿Cómo se seleccionan y autorizan los servicios? .....	28
¿Qué pasa si mis necesidades cambian? .....	29
¿Cómo utilizo la red de proveedores?.....	29
¿Cómo le ayuda Family Care a manejar sus propios servicios?.....	30
¿Qué es el manejo propio de los apoyos? .....	30
¿Qué debo hacer en caso de emergencia?.....	31
¿Cómo puedo recibir cuidado después de las horas normales de trabajo? .....	32
¿Qué pasa si necesito cuidado mientras estoy fuera del área?.....	32
<b>Capítulo 4. El conjunto de beneficios de Family Care .....</b>	<b>34</b>
¿Qué servicios se ofrecen?.....	34
Tabla del conjunto de beneficios de Family Care.....	36

¿Qué servicios no se ofrecen?.....	39
<b>Capítulo 5. Comprender quién paga por los servicios y la coordinación de sus beneficios .....</b>	<b>41</b>
¿Deberé pagar por algún servicio?.....	41
¿Cómo puedo hacer un pago?.....	42
¿Qué pasa si recibo una factura por servicios?.....	43
¿Paga Family Care por los servicios residenciales u hogares de ancianos? .....	43
¿Cómo se coordinan Medicare y mis otros beneficios de seguro? .....	44
¿Qué es la recuperación del patrimonio? ¿Cómo se aplica a mí?.....	45
<b>Capítulo 6. Sus derechos .....</b>	<b>46</b>
<b>Capítulo 7. Sus deberes .....</b>	<b>49</b>
<b>Capítulo 8. Quejas y apelaciones .....</b>	<b>52</b>
Introducción .....	52
Quejas .....	53
Apelaciones.....	56
Revisiones del Department of Health Services.....	61
Audiencias imparciales estatales.....	63
¿Quién puede ayudarme con mi queja o apelación?.....	65
<b>Capítulo 9. Cancelación de su inscripción en <i>Inclusa</i> .....</b>	<b>66</b>
<b>APÉNDICES .....</b>	<b>68</b>
1. Definiciones de las palabras importantes.....	68
2. Definiciones de los servicios en el conjunto de beneficios de Family Care .....	75
4. Muestra de aviso de acción .....	82
5. Formulario de solicitud de apelación de <i>Inclusa</i> .....	83



6. Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal.....	84
7. Aviso de prácticas de privacidad .....	85

## Capítulo 1. Números de teléfono y recursos importantes

### Información de contacto de *Inclusa*

The administrative and main office for Inclusa is located in the city of Stevens Point. All of our office locations may be reached by using the toll free number below. **See *Inclusa website for offices open by appointment only.***

Inclusa Main Office (Stevens Point)  
8:00 a.m. – 4:30 p.m. Monday – Friday  
Toll-Free: 1-877-622-6700  
TTY: 711 or 1-715-204-1799  
Fax: 1-715-345-5725  
Website: [www.inclusa.org](http://www.inclusa.org)

**If you are experiencing an emergency, call 911**

### After Hours Contact Information

---

If you need assistance after hours or on weekends or holidays, call Inclusa's toll-free number (listed below) and your call will be directed to an individual able to authorize urgent help or services to ensure your health, safety, or well-being. Su equipo will follow up with you on the next business day to determine whether the services authorized should continue. On-call staff are available 24 hours a day, seven days a week.

**Toll-Free:** 1-877-622-6700  
4:30 p.m. – 8:00 a.m. on Weekdays  
24 hours a day on Weekends & Holidays

- 1.) **Especialistas en derechos de los miembros**  
El personal de servicios para miembros es especialista en explicar los derechos de los miembros. Están disponibles para ayudarle si usted tiene una queja o reclamo. Pueden darle información o asistencia si usted quiere apelar una decisión tomada por su equipo.

Toll-Free: 1-877-622-6700  
8:00 a.m. – 4:30 p.m. Monday-Friday

Otros contactos importantes

**Servicios de protección para adultos (Adult Protective Services)**

Cada condado tiene una agencia que examinará los incidentes reportados de abuso, negligencia, explotación financiera y auto-negligencia. Llame a la línea de ayuda de su condado si necesita hablar con alguien acerca del posible abuso de un adulto en riesgo (de 18 a 59 años). Para reportar el abuso de una persona mayor de 60 años, comuníquese con su agencia de adultos ancianos en riesgo.

**Adams County** (Health & Human Services Department)

Phone: 608-339-4505

● **Ashland County** (Health & Human Services Department)

Phone: 715-682-7004

● **Barron County** (Department of Health & Human Services)

Phone: 715-537-5691

● **Bayfield County** (Department of Human Services)

Phone: 715-373-6144

● **Brown County** (Human Services)

Phone: 920-448-7885

● **Buffalo County** (Aging and Disability Resource Center)

Phone: 866-578-2372

● **Burnett County** (Health & Human Services Department)

Phone: 715-349-7600

● **Chippewa County** (Department of Human Services)

Phone: 715-726-7788

● **Clark County** (Department of Social Services)

Phone: 866-743-5233

- **Columbia County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 608-742-9233
- **Crawford County** (Human Services Department)  
Phone: 608-326-0248
- **Dodge County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 920-386-3580
- **Door County** (Human Services)  
Phone: 920-746-7155
- **Douglas County** (Department of Health & Human Services)  
Phone: 715-395-1304
- **Dunn County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 715-232-4006
- **Eau Claire County** (Department of Human Services)  
Phone: 715-839-7118
- **Forest County** (Human Services Department)  
Phone: 888-452-3296
- **Florence County** (Department of Human Services)  
Phone: 715-478-7709
- **Grant County** (Department of Social Services)  
Phone: 608-723-2136
- **Green County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 608-328-9499
- **Green Lake County** (Health and Human Services)  
Phone: 920-294-4070
- **Iowa County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 608-930-9835
- **Iron County** (Human Services Department)  
Phone: 715-561-3636
- **Jackson County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 844-493-4245
- **Jefferson County** (Human Services)  
Phone: 920-674-3105
- **Juneau County** (Department of Human Services)  
Phone: 608-847-2400
- **Kewaunee County** (Human Services)  
Phone: 920-338-0626
- **La Crosse County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 800-500-3910

- **Lafayette County** (Human Services)  
Phone: 608-776-4800
- **Langlade, Lincoln, and Marathon Counties** (North Central Community Services)  
Phone: 855-487-3338 or 715-841-5160
- **Marinette County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 715-732-3850
- **Marquette County** (Human Services)  
Phone: 608-297-3124
- **Menomonee County** (Health & Human Services)  
Phone: 715-799-3861
- **Monroe County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 800-500-3910
- **Oconto County** (Health & Human Services)  
Phone: 920-834-7000
- **Oneida County** (Department of Social Services)  
Phone: 715-369-7499
- **Ozaukee County** (Human Services)  
Phone: 262-284-8200
- Pepin County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 866-578-2372
- **Pierce County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 715-273-6780
- **Polk County** (Human Services Department)  
Phone: 715-485-8400
- **Portage County** (Health & Human Services Department)  
Phone: 715-345-5350
- **Price County** (Health & Human Services)  
Phone: 715-339-2158
- **Richland County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 608-647-4616
- **Rock County** (Human Services Department – ADRC)  
Phone: 608-741-3600 or 855-741-3600
- **Rusk County** (Department of Health & Human Services)  
Phone: 715-532-2299
- **St. Croix County** (Department of Health and Human Services)  
Phone: 715-246-8255
- **Sauk County** (Department of Human Services)  
Phone: 608-355-4200

- **Sawyer County** (Health & Human Services Department)  
Phone: 800-569-4162
- **Shawano County** (Department of Social Services)  
Phone: 715-526-4700
- **Sheboygan County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 920-467-4700
- **Taylor County** (Human Services Department)  
Phone: 715-748-3332
- **Trempealeau County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 800-273-2001
- **Vernon County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 800-500-3910
- **Vilas County** (Department of Social Services)  
Phone: 715-479-3668
- **Walworth County** (Department of Health & Human Services)  
Phone: 262-741-3200
- **Washburn County** (Health & Human Services Department)  
Phone: 715-468-4747
- **Washington County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 262-335-4497
- **Waukesha County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 262-548-7848
- **Waushara County** (Department of Human Services)  
Phone: 920-787-6618
- **Wood County** (Department of Social Services)  
Marshfield Area Phone: 715-387-6374  
Wisconsin Rapids Area Phone: 715-421-8600

**Si tiene una emergencia, llame al 911**

## Centros de recursos para ancianos y discapacitados

Los centros de recursos para ancianos y discapacitados (ADRC en inglés) son el primer lugar a considerar para obtener información precisa y objetiva sobre todos los aspectos de la vida relacionados con el envejecimiento o vivir con una discapacidad. Los ADRC son lugares agradables y acogedores donde cualquier persona, familiares o amigos con inquietudes, o bien, profesionales que trabajen con temas relacionados con el envejecimiento o discapacidad, pueden acudir para conseguir información adaptada a su situación. Los ADRC ofrecen información sobre programas y servicios, ayudan a las personas a comprender las opciones de cuidado a largo plazo disponibles y ayudan a las personas a solicitar para programas y beneficios. Los ADRC en las regiones de servicio de *Inclusa* son:

- **Aging & Disability Resource Center Serving Adams, Green Lake, Marquette, and Waushara Counties**  
Toll-Free: 1-877-883-5378
- **ADRC of Barron, Rusk & Washburn Counties**  
Toll-Free: 1-888-538-3031
- **ADRC of Brown County**  
Toll-Free: 920-448-4300
- **ADRC of Buffalo and Pepin Counties**  
Toll-Free: 866-578-2372
- **ADRC of Central Wisconsin**  
Serves residents of Langlade, Lincoln, Marathon, and Wood Counties  
Toll-Free: 1-888-486-9545
- **ADRC of Chippewa County**  
Toll-Free: 1-888-400-6920
- **ADRC of Clark County**  
Toll-Free: 866-743-5144
- **ADRC of Columbia County**  
Toll-Free: 1-888-742-9233
- **ADRC of Dodge County**  
Toll-Free: 1-800-924-6407
- **ADRC of Door County**  
Toll-Free: 855-828-2372
- **ADRC of Douglas County**  
Toll-Free: 1-866-946-2372
- **ADRC of Dunn County**  
Phone: 1-715-232-4006

- **ADRC of Eagle Country**  
Serves residents of Crawford, Juneau, Richland and Sauk Counties  
Toll-Free: 1-877-794-2372
- **ADRC of Eau Claire County**  
Toll-Free: 1-888-338-4636
- **ADRC of Florence County**  
Toll-Free: 1-855-528-2372
- **ADRC of Jackson County**  
Toll-Free: 1-844-493-4245
- **ADRC of Jefferson County**  
Toll-Free: 1-866-740-2372
- **ADRC of La Crosse County**  
Toll-Free: 1-800-500-3910
- **ADRC of the Lakeshore County**  
Serving residents of Kewaunee and Manitowoc Counties  
Toll-Free: 877-416-7083
- **ADRC of Marinette County**  
Toll-Free: 888-442-3267
- **ADRC of Monroe County**  
Toll-Free: 1-888-339-7854
- **ADRC of the North**  
Serves residents of Ashland, Bayfield, Iron, Price, and Sawyer Counties  
Toll-Free: 1-866-663-3607
- **ADRC of Northwest Wisconsin**  
Serves residents of Burnett and Polk Counties and the St. Croix Chippewa Tribe  
Toll-Free: 1-877-485-2372
- **ADRC of the Northwoods**  
Serves residents of Forest, Oneida, Taylor, and Vilas Counties  
Toll-Free: 1-800-699-6704
- **ADRC of Ozaukee County**  
Toll-Free: 1-866-537-4261
- **ADRC of Pierce County**  
Toll-Free: 1-877-273-0804
- **ADRC of Portage County**  
Serves residents of Portage County  
Toll-Free: 1-866-920-2525
- **ADRC of Rock County**  
Phone: 1-608-741-3600 or  
Toll-Free: 1-855-741-3600



- **ADRC of St. Croix County**  
Toll-Free: 1-800-372-2333
- **ADRC of Sheboygan County**  
Toll-Free: 800-596-1919
- **ADRC of Southwest Wisconsin**  
Serves residents of Grant, Green, Iowa, and Lafayette Counties  
Toll-Free: 1-877-794-2372
- **ADRC of Trempealeau County**  
Phone: 1-715-538-2001 or  
Toll-Free: 1-800-273-2001
- **ADRC of Vernon County**  
Toll-Free: 1-888-637-1323
- **ADRC of Walworth County**  
Toll-Free: 800-365-1587
- **ADRC of Washington County**  
Toll-Free: 1-877-306-3030
- **ADRC of Waukesha County**  
Toll-Free: 1-866-677-2372
- **ADRC – Wolf River Region (Shawano, Oconto & Menomonee Counties)**  
Toll-Free: 855-492-2372

Visite [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/index.htm) para más información acerca de los ADRC.

### **Programas de mediadores (Ombudsman Programs)**

Un mediador (ombudsman) es un defensor o auxiliar independiente que no trabaja para *Inclusa*. Cualquier persona que reciba los servicios de Family Care puede recibir ayuda gratuita de un mediador. El número a llamar depende de la edad del miembro.

Si usted tiene **60 años de edad o más**, póngase en contacto con:

The Wisconsin Board on Aging and Long Term Care  
1402 Pankratz Street, Suite 111  
Madison, WI 53704-4001  
Línea gratuita: 1-800-815-0015  
Fax: 608-246-7001

Si usted tiene entre **18 a 59 años de edad**, póngase en contacto con:

Disability Rights Wisconsin  
131 W. Wilson Street, Suite 700  
Madison, WI 53703  
General: 608-267-0214  
TTY: 888-758-6049  
Fax: 608-267-0368

Línea gratis en Madison: 1-800-928-8778  
Línea gratis en Milwaukee: 1-800-708-3034  
Línea gratis de Rice Lake: 1-877-338-3724

### **Consortios de mantenimiento de ingresos (Income Maintenance Consortiums)**

Usted tiene que reportar cambios en su situación de vida o las finanzas dentro de 10 días. Si se muda, tiene que informar sobre su nueva dirección. Estos cambios pueden afectar si usted es elegible para Medicaid y Family Care. Informe de estos cambios al consorcio de mantenimiento de ingresos de su condado y a *Inclusa*.

- **Bay Lake Consortium**

Serves residents of Brown, Door, Marinette, Oconto and Shawano Counties  
Phone: 1-888-794-5747  
Fax: 1-855-293-1822

- **Capital Consortium**

Serves residents of Adams, Columbia, Dane, Dodge, Juneau, Richland, Sauk, and Sheboygan Counties  
Phone: 1-888-794-5556  
Fax: 1-855-293-1822

- **Central Consortium**

Serves residents of Langlade, Marathon, Oneida, and Portage Counties  
Phone: 1-888-445-1621  
Fax: 1-855-293-1822

- **East Central Consortium**

Serves residents of Calumet, Green Lake, Kewaunee, Manitowoc, Marquette, Outagamie, Waupaca, Waushara, and Winnebago  
Phone: 1-888-256-4563  
Fax: 1-855-293-1822

- **Great Rivers Consortium**

Serves residents of Barron, Burnett, Chippewa, Douglas, Dunn, Eau Claire, Pierce, Polk, St. Croix, and Washburn Counties  
Phone: 1-888-283-0012  
Fax: 1-855-293-1822

- **Moraine Lakes Consortium**

Serves residents of Fond du Lac, Ozaukee, Walworth, Washington, and Waukesha Counties  
Phone: 1-888-446-1239  
Fax: 1-855-293-1822

- **Northern Consortium**

Serves residents of Ashland, Bayfield, Florence, Forest, Iron, Lincoln, Price, Rusk, Sawyer, Taylor, Vilas, and Wood Counties  
Phone: 1-888-794-5722  
Fax: 1-855-293-1822

- **Southern Consortium**

Serves residents of Crawford, Grant, Green, Iowa, Jefferson, Lafayette, and Rock Counties

Phone: 1-888-794-5780

Fax: 1-855-293-1822

- **Western Consortium**

Serves residents of Buffalo, Clark, Jackson, La Crosse, Monroe, Pepin, Trempealeau, and Vernon Counties

Phone: 1-888-627-0430

Fax: 1-855-293-1822

### **Medicaid (Wisconsin ForwardHealth)**

Si tiene problemas con su tarjeta de ForwardHealth para los servicios o artículos que no están en el conjunto de beneficios de Family Care (tales como lentes, visitas al médico o recetas), llame a la línea gratuita de servicios para miembros de ForwardHealth al:

1-800-362-3002

### **Reportar fraude a la asistencia pública**

Fraude significa recibir cobertura o pagos que usted sabe que no debe obtener o ayudar a alguien más a recibir cobertura o pagos que usted sabe que ellos no deben recibir. Cualquier persona que cometa fraude puede ser procesada. Si un tribunal determina que una persona recibe beneficios de salud por cometer fraude, el tribunal exigirá que la persona pague al estado por esos beneficios, además de otras penalidades.

Si usted sospecha que alguien hace mal uso de los fondos de asistencia pública, incluyendo los de Family Care, puede llamar a la línea directa de fraude o presentar un informe en línea en:

1-877-865-3432

[www.reportfraud.wisconsin.gov](http://www.reportfraud.wisconsin.gov)

### **FoodShare de Wisconsin (Tarjeta QUEST)**

Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de FoodShare, si desea saber el saldo de su tarjeta de FoodShare/QUEST, o para reportar una tarjeta QUEST perdida o robada, llame a la línea gratuita de servicio al cliente de FoodShare al:

1-877-415-5164

### **Division of Quality Assurance de Wisconsin**

Si usted piensa que un cuidador, agencia o centro ha violado leyes estatales o federales, usted tiene el derecho de presentar una queja con la Division of Quality Assurance de Wisconsin. Al presentar una queja, se le preguntará el nombre del condado donde se encuentra el proveedor. Para presentar una queja, llame al:

1-800-642-6552



## Capítulo 2. La bienvenida y la introducción

### Bienvenido a *Inclusa*

Bienvenido a *Inclusa*, una organización de cuidado administrado (MCO por su siglas en inglés) que opera el programa Family Care. El Family Care es un programa de cuidado a largo plazo de Medicaid para adultos elegibles con discapacidades físicas o del desarrollo/intelectuales y ancianos frágiles. El programa Family Care está financiado por fondos fiscales estatales y federales.

Este manual le proporcionará la información necesaria para:

- Entender los conceptos básicos de Family Care.
- Familiarizarse con los servicios que ofrecen el conjunto de beneficios de Family Care.
- Entender sus derechos y deberes
- Presentar una queja o apelación si usted tiene algún problema o inquietud.

Si desea ayuda en la revisión de este manual, póngase en contacto con su equipo de cuidado. La información de contacto de su equipo se encuentra en la página 9.

En general, las palabras "usted" y "su" en este documento se refieren a *usted*, el *Miembro*. "Usted" y "su" también pueden referirse a su representante autorizado, como un guardián legal o una persona con poder notarial (power of attorney).

Al final de este documento (página 68) se incluyen definiciones de las palabras importantes. Estas definiciones pueden ayudarle a entender las palabras y frases utilizadas en este manual.

Si usted aún no es un miembro y tiene preguntas o desea más información sobre cómo inscribirse en el Family Care u otros programas, por favor comuníquese con el Aging and Disability Resource Center (ADRC) en su área. Los ADRC proporcionan información y asistencia y ayudan a las personas a solicitar para programas y beneficios. El ADRC es una agencia independiente y no es parte del *Inclusa*. El ADRC está disponible para ayudarlo, ya sea que decida o no hacerse miembro de Family Care. La dirección y el número de teléfono de su ADRC local se pueden hallar en la página 2.

### ¿Cómo me puede ayudar el programa Family Care?

Una meta principal de Family Care es asegurarse de que las personas se sientan seguras y apoyadas en sus propias casas. Cuando las personas viven en sus propias casas o en la casa de su familia, tienen más poder sobre sus vidas. Ellas pueden decidir cuándo hacer ciertas cosas, como por ejemplo cuando despertarse y cuando comer sus comidas y cómo planear su día.

Cuando usted se hace miembro de Family Care, hablaremos con usted acerca de los servicios que podrían ayudarle a vivir en su propia casa. Esto **podría** incluir la construcción de una rampa para silla de ruedas o utilizar un sistema de alerta médico.

El programa Family Care proporciona manejo de cuidado y una gama de servicios que están diseñados para satisfacer sus necesidades. Ayuda con el baño, transporte, servicio de limpieza y comidas a domicilios son sólo algunos de los servicios que ofrecemos. (Consulte el capítulo 4, página xx, para una lista de los servicios cubiertos.)

*Inclusa* le ayudará a vivir tan independientemente como sea posible en su casa o en otro entorno rentable. Nos aseguraremos de que reciba el cuidado que necesita para sentirse sano y seguro. También le ayudaremos a mantener los lazos con su familia, amigos y comunidad.

Si usted es un adulto joven que se está preparando para mudarse solo, *Inclusa* puede ayudarle a ser más independiente. Por ejemplo, podemos ayudarle a desarrollar las habilidades que necesita para encontrar un trabajo o aprender a preparar sus propias comidas.

## ¿Quién me ayudará?

Cuando usted se hace miembro de Family Care, trabajará con un equipo de profesionales de *Inclusa*. Este es su equipo de cuidado y lo incluye a USTED y:

- A cualquier persona que usted desee que participe, incluyendo a miembros de su familia o amigos;
- Una enfermera especializada;
- Un trabajador social *or Community Resource Coordinator*; y
- Otros profesionales podrían participar dependiendo de sus necesidades. Por ejemplo, usted podría tener a un terapeuta ocupacional o físico o a un especialista en salud mental.

Usted es una parte central de su equipo de cuidado y debe participar en **cada parte** de la planificación de su cuidado. Déjele saber a su equipo sobre cualquier ayuda que necesite para participar en el proceso.

El trabajo de su equipo de cuidado es trabajar con usted para:

- Identificar sus puntos fuertes, recursos, necesidades y preferencias.
- Desarrollar un plan de cuidado que incluya la ayuda que necesita.
- Asegúrese de que los servicios de su plan le sean realmente proporcionados.
- Asegurarse de que los servicios que Family Care proporciona satisfacen sus necesidades y que sean rentables.

### Family Care:

- Puede mejorar o mantener su calidad de vida.
- Le ayuda a vivir en su propia casa o apartamento, entre familiares y amigos.
- Le involucra en las decisiones sobre su cuidado y servicios.
- Aumenta su independencia.

- Asegurarse de que los servicios indicados en su plan le sean en realidad proporcionados.
- Asegurarse de que su plan de cuidado médico continúa funcionando para usted.

*Inclusa* alienta a familiares, amigos y a otras personas que son importantes para usted a que participen en su cuidado. Family Care no sustituye la ayuda que usted recibe de familiares, amigos u otros en la comunidad. Trabajaremos con usted para construir sobre estas importantes relaciones. También podemos ayudarle a encontrar recursos en su comunidad que le pueden ayudar, tales como bibliotecas, iglesias y centros para personas mayores.

Cuando sea necesario, también podemos ayudarle a encontrar maneras de fortalecer su red de apoyo. Por ejemplo, si las personas que lo ayudan necesitan un descanso, podemos proporcionarle servicios de relevo. El servicio de relevo proporciona un descanso temporal a sus cuidadores para darles tiempo de relajarse y mantener su propia salud.

## ¿Qué significa ser un miembro?

Como miembro de *Inclusa* del programa Family Care, usted y su equipo de cuidado trabajarán juntos para tomar decisiones sobre su salud y estilo de vida. Juntos elegirán las mejores opciones posibles para apoyarlo.

Usted recibirá sus servicios de cuidado a largo plazo a través de los proveedores de *Inclusa*. Cuando se hace miembro de Family Care, le ofrecemos información sobre cómo obtener una lista de los proveedores de servicio que han acordado trabajar con nosotros. Usted y su equipo de cuidado trabajarán juntos para elegir a los proveedores que mejor apoyen sus necesidades.

*Inclusa* cree que nuestros miembros deben hacer su propia elección al recibir los servicios. Elección significa tener voz en cómo y cuándo se proporciona cuidado. Ser un miembro y hacer su propia elección también significa que usted es responsable de ayudar a su equipo de cuidado a encontrar las formas más rentables de apoyarlo.

*Inclusa* es responsable de satisfacer las necesidades de cuidado a largo plazo de TODOS nuestros miembros. Sólo podemos hacer esto si todos nuestros miembros nos ayudan a desarrollar planes de cuidado médico que funcionen pero que también sean razonables y rentables. Al trabajar juntos, podemos cerciorarnos de que Family Care seguirá disponible para otras personas que necesiten nuestros servicios.

Usted puede quedarse con sus médicos, hospitales, clínicas y farmacias que utiliza en la actualidad. El *Inclusa* del programa Family Care **no es responsable de pagar por estos servicios**. Estos servicios los paga Medicare, Medicaid u otro seguro – no Family Care. Sin embargo, su equipo de cuidado ayudará a coordinar los servicios de cuidado de Family Care y los servicios de sus médicos y otros proveedores de servicios médicos. Algunos ejemplos son su médico general, medicamentos recetados, podólogo, odontólogo y quiropráctico.

## ¿Quién puede ser un miembro de *Inclusa*?

Es su decisión inscribirse en *Inclusa*. La inscripción es voluntaria. Para ser servido por *Inclusa*, usted tiene que:

- Ser un adulto con una discapacidad física o del desarrollo/intelectual o tener 65 años o más de edad;
- Ser residente en una de nuestras áreas de servicio (vea abajo la lista de nuestras áreas de servicio);
- Ser financieramente elegible para Medicaid;
- Ser funcionalmente elegible según lo determinado por la Evaluación Funcional de Cuidado a Largo Plazo de Wisconsin (Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen); y
- Firmar un formulario de inscripción.

Sólo las personas que son residentes en uno de los condados de nuestra área de servicio pueden inscribirse en *Inclusa*. Para ser servido por *Inclusa*, tiene que seguir siendo un residente en uno de los condados de esta área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Wisconsin:

Adams	Iowa	Portage
Ashland	Iron	Price
Barron	Jackson	Richland
Bayfield	Jefferson	Rock
Brown	Juneau	Rusk
Buffalo	Kewaunee	St. Croix
Burnett	La Crosse	Sauk
Chippewa	Lafayette	Sawyer
Clark	Langlade	Shawano
Columbia	Lincoln	Sheboygan
Crawford	Marathon	Taylor
Dodge	Marinette	Trempealeau
Door	Marquette	Vernon
Douglas	Menomonee	Vilas
Dunn	Monroe	Walworth
Eau Claire	Oconto	Washburn
Florence	Oneida	Washington
Forest	Ozaukee	Waukesha
Grant	Pepin	Waushara
Green	Pierce	Wood
Green Lake	Polk	

Si planea mudarse del área de servicio, usted tiene que notificar a *su equipo*. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer como miembro de Family Care. (Para más información, consulte la página [xx](#).)



Una vez que se hace miembro, debe continuar cumpliendo con los requisitos de elegibilidad financiera y funcional para permanecer inscrito.

- **Elegibilidad financiera** significa elegibilidad para Medicaid (también conocida como Medical Assistance, MA, o Title 19). La agencia de mantenimiento de los ingresos revisa los ingresos y los activos de una persona para determinar si la persona es elegible para recibir Medicaid. A veces para ser financieramente elegible los miembros tendrán que pagar una parte del costo de los servicios que reciben. Esto se denomina costo compartido y se tiene que pagar para seguir siendo elegible para Medicaid. Si fuera a tener un costo compartido, el personal del ADRC discutirá esto con usted antes de tomar una decisión final acerca de la inscripción. Para obtener más información sobre el costo compartido, consulte la página xx. La agencia de mantenimiento de los ingresos revisará su elegibilidad financiera y el costo compartido al menos una vez al año para asegurarse de que usted todavía es financieramente elegible para el Family Care.
- **Elegibilidad funcional** está relacionada con la salud y la necesidad de ayuda de una persona con cosas tales como bañarse, vestirse y usar el baño. El ADRC puede decirle si usted es funcionalmente elegible para el Family Care. Su equipo de cuidado revisará su elegibilidad funcional al menos una vez al año para asegurarse de que usted es todavía elegible.

## ¿Cómo hacerme miembro?

Si aún no es un miembro, pero está interesado en hacerse miembro de *Inclusa*, por favor llame o visite el Aging and Disability Resource Center (ADRC) en su área. La dirección y número de teléfono de su ADRC local se encuentra en la página xx *[insert page number(s)]*.

El ADRC ayudará a evaluar su nivel de necesidad de servicios y asegurarse de que usted es funcionalmente elegible para el Family Care. Le ofrecerá información sobre otros programas disponibles. Le ayudará a elegir el programa o recurso más adecuado para usted.

Durante el proceso de inscripción, el ADRC le pedirá que:

- Proporcione información sobre su salud y sus necesidades.
- Proporcione información sobre sus ingresos y activos.
- Firme un formulario de "Divulgación de Información" para sus registros médicos.
- Complete y firme un formulario de inscripción.

También se reunirá con un trabajador de Mantenimiento de los Ingresos. Esta persona determinará si usted cumple con la elegibilidad financiera para el Family Care.

## Capítulo 3. Cosas que debe saber para recibir servicios

### ¿Cómo funciona Family Care?

#### *Resultados de las experiencias personales*

Cuando se inscribe en Family Care, usted y su equipo de cuidado harán una **evaluación** de sus necesidades, puntos fuertes y preferencias. Parte de este proceso es para que usted le diga a su equipo sobre el tipo de vida que quiere vivir y el apoyo que necesita para vivir el estilo de vida que desea. Esto le da a su equipo una comprensión clara de lo que es importante para usted.

Durante la evaluación, su equipo de cuidado le ayudará a identificar los resultados de su **experiencia personal**. Estos **resultados** son las metas que usted tiene para su vida y comprenden:

- Aporte sobre:
  - Dónde vive y con quién vive
  - Los servicios y apoyo necesarios y quien los proporciona
  - Sus rutinas cotidianas
  
- Experiencia personal – tener:
  - Interacción con familiares y amigos
  - Un trabajo u otras actividades significativas
  - Participación en la comunidad
  - Estabilidad
  - Respeto e igualdad
  - Privacidad
  
- Salud y seguridad – sentirse:
  - Saludable
  - Seguro
  - Libre de abuso y negligencia

Solamente usted le puede decir a su equipo de cuidado lo que es importante para usted. **USTED** define qué significan los resultados de estas declaraciones para usted y para su vida. Por ejemplo, una persona puede querer:

- Sentirse lo suficientemente saludable para disfrutar de las visitas con sus nietos;
- Tener un trabajo remunerado; o
- Ser lo suficientemente independiente para vivir en su propio apartamento.

Usted tiene derecho a esperar que su equipo de cuidado trabaje con usted para identificar los resultados de su experiencia personal. Esto no significa que *Inclusa* siempre proporcionará servicios para ayudarle a lograr sus resultados. **Las cosas que usted realice por sí mismo y la ayuda que reciba de su familia, amigos y otros aun seguirán siendo una parte muy importante del plan para apoyar sus resultados.**

Antes de que *Inclusa* compre servicios para usted, su equipo de cuidado tiene que considerar cuáles de ellos apoyan mejor sus necesidades y cuáles son los más rentables.

### ***Resultados del cuidado a largo plazo***

Durante el proceso de evaluación, usted y su equipo de cuidado también identificarán sus **resultados de cuidado a largo plazo**. Esto le ayuda a usted y a su equipo a determinar qué servicios se adaptan mejor a sus necesidades de cuidado a largo plazo. Los resultados de cuidado a largo plazo son esas cosas que el Family Care puede ayudarle a lograr para que tenga el tipo de vida que usted desea. Por ejemplo,

- Poder satisfacer sus necesidades cotidianas.
- Recibir lo necesario para sentirse seguro, sano y lo más independiente posible.

Tener estas cosas en su lugar le permitirá centrarse en la gente y las actividades que son más importantes para usted. Por ejemplo, recibir ayuda para vestirse o tomar un baño puede también ayudar a una persona sentirse lo suficientemente bien para ir a trabajar o visitar a familiares y amigos.

Su equipo de cuidado desarrollará un plan de cuidado que le ayudará a avanzar hacia los resultados que usted y su equipo identificaron durante el proceso de evaluación.

### **¿Qué debe estar en su plan de cuidado?**

Su plan de cuidado establecerá bien claro:

- Sus necesidades de salud física y su capacidad para realizar ciertas tareas y actividades (como comer y vestirse).
- Sus puntos fuertes y preferencias.
- Sus experiencias personales y los resultados de su cuidado a largo plazo.
- Los servicios que usted recibirá.
- Quién le proporcionará cada servicio.
- Las cosas que va a realizar por sí mismo o con la ayuda de familiares, amigos u otros recursos en su comunidad.

Su equipo de cuidado le pedirá que firme su plan de cuidado, que demuestra que usted participó en su desarrollo. Usted recibirá una copia de su plan firmado. Si usted no está satisfecho con su plan, hay procedimientos de quejas y apelaciones disponibles para usted. (Consulte el capítulo 8, página xx para más información.)

Su equipo de cuidado estará en contacto con usted regularmente para hablar sobre como usted está y verificar si sus servicios le están ayudando. Se requiere que su equipo se reúna con usted en persona al menos cada tres meses. Su equipo puede que se reúna con usted más a menudo si es necesario que se hagan visitas más frecuentes.

## ¿Cómo se seleccionan y autorizan los servicios?

Su equipo de cuidado debe aprobar todos los servicios **ANTES** de que usted los reciba. *Inclusa* no está obligado a pagar por los servicios que usted reciba sin nuestra previa aprobación. **Si usted organiza los servicios por sí mismo sin la aprobación de su equipo de cuidado, es posible que usted tenga que pagar por ellos.** Por favor hable con su equipo si necesita un servicio que aún no ha sido aprobado y que no es parte de su plan de cuidado.

Nota: Si usted está considerando mudarse a una institución de residencia asistida u hogar de ancianos, por favor consulte la página **xx**. *Inclusa* sólo autorizará los servicios residenciales en ciertas situaciones.

*Inclusa* es responsable de apoyar sus resultados de cuidado a largo plazo, pero también tenemos que considerar el costo al planear su cuidado y al elegir a los proveedores para satisfacer sus necesidades

Para ello, su equipo de cuidado utilizará el proceso de Decisión de Asignación de los Recursos (Resource Allocation Decision – **RAD**) como una guía en la toma de decisiones sobre los servicios. El RAD es una opción paso a paso que usted y su equipo utilizará para buscar las maneras más efectivas y eficientes de satisfacer sus necesidades y apoyar sus resultados de cuidado a largo plazo.

La rentabilidad es una parte importante del RAD. La rentabilidad significa apoyar eficazmente un resultado identificado de cuidado a largo plazo a un costo y esfuerzo razonable. Por ejemplo, si dos proveedores distintos le ofrecen la ayuda que necesita, *Inclusa* comprará el servicio más rentable.

Usted tiene el derecho de conocer y entender todas sus opciones, incluyendo cuánto cuestan las cosas. Su responsabilidad es hablar con su equipo de cuidado sobre estas opciones para que puedan tomar decisiones juntos. Esto incluye hacer preguntas y compartir sus opiniones.

Durante el proceso RAD, usted y su equipo de cuidado hablarán sobre los servicios que usted necesita. Juntos explorarán las opciones disponibles para satisfacer sus resultados de cuidado a largo plazo. Esto incluye hablar sobre cómo pueden ayudar sus amigos, familiares u otros. Muchas veces se pueden lograr uno o más de sus resultados sin mucha ayuda del *Inclusa* debido a que familiares, amigos u otras personas están disponibles y eligen ayudarle. *Inclusa* compra los demás servicios que sus propios apoyos no le pueden proporcionar. Nuestro objetivo es apoyar a las personas en su vida que ya han elegido ayudarle. Estos "apoyos naturales" mantienen a las personas que son importantes para usted como parte de su vida

### Reglas básicas para obtener servicios

Generalmente cubriremos sus servicios mientras:

- Los servicios estén incluidos en el conjunto de beneficios de Family Care (consulte la página **xx**).
- Los servicios apoyen sus resultados de cuidado a largo plazo.
- Los servicios sean lo más rentables para apoyar sus necesidades.
- Los servicios estén incluidos en su plan de cuidado.
- Los servicios hayan sido previamente aprobados y autorizados por su equipo de cuidado.

cotidiana. El ampliar, en lugar de sustituir, la ayuda que recibe de sus familiares y amigos refuerza estas relaciones tan valiosas y ayuda a *Inclusa* a pagar por los servicios en el lugar y en el momento que sean necesarios.

Al final del proceso RAD, usted y su equipo de cuidado hablarán sobre cómo usted puede tener más control en su vida y si usted está interesado en dirigir sus servicios. Para obtener más información sobre dirigir sus servicios, consulte la página **xx**.

Su equipo de cuidado encontrará a proveedores de servicios para ayudarle. Estos proveedores deben tener un contrato con *Inclusa*. Consulte la página **xx** para más información sobre el uso de nuestros proveedores.

Si usted no está satisfecho con cualquier proveedor, usted tiene el derecho de solicitar un proveedor nuevo, pero tiene que hablar primero con su equipo de cuidado. Su equipo tiene que autorizar todos los servicios que reciba.

## ¿Qué pasa si mis necesidades cambian?

Sus servicios pueden cambiar con el tiempo en la medida en que su situación de salud y su vida cambien. Por ejemplo, se podrían reducir los servicios que recibe si su salud física mejora. Si aumentan sus necesidades, nos aseguraremos de que obtenga la ayuda que necesita para permanecer seguro, saludable y lo más independientemente posible. Uno de nuestros objetivos es proporcionar el servicio adecuado, la cantidad correcta y en el lugar correcto.

Si sus necesidades cambian, por favor déjeselo saber a su equipo de cuidado. Sepa que siempre estaremos aquí para apoyarle.

## ¿Cómo utilizo la red de proveedores?

Usted y su equipo de cuidado seleccionarán a sus proveedores de una "red de proveedores". La lista de proveedores que habitualmente utilizamos se encuentra en nuestro sitio Web en [www.inclusa.org](http://www.inclusa.org). A esto lo llamamos el directorio de proveedores de la red. Si desea una copia en papel del directorio de proveedores de la red en lugar de usar el Internet, usted le puede pedir una copia a *su equipo*.

Déjele saber a su equipo si desea recibir información sobre la capacidad de nuestros proveedores. Por ejemplo, los proveedores que tengan un personal que habla un idioma determinado, o entiendan una cultura étnica o creencia religiosa particular.

Contratamos a proveedores que ayuden a apoyar los resultados de cuidado a largo plazo de nuestros miembros. Nuestros proveedores trabajan con nosotros de una manera rentable y tienen que cumplir con nuestros estándares de calidad. Nuestra red de proveedores está diseñada para darle opciones de proveedores siempre y cuando esto sea posible. Sin embargo, *Inclusa* se tiene que asegurar de que el proveedor es una opción rentable.

Después que su equipo de cuidado aprueba sus servicios, usted y su equipo elegirán sus proveedores del Directorio de la Red de Proveedores de *Inclusa*. Generalmente tiene que recibir

cuidado de un proveedor de la red. Sin embargo, podríamos utilizar un proveedor fuera de nuestra red si no tenemos uno que pueda satisfacer sus necesidades o si todos nuestros proveedores regulares se encuentran demasiado lejos de donde usted vive. Para elegir un proveedor que no esté en nuestra red, debe hablar con su equipo de cuidado.

Habrá veces cuando quiera cambiar de proveedores. Póngase en contacto con su equipo de cuidado si quiere cambiar de un proveedor a otro en la red. **Si cambia de proveedor(es) sin antes hablar con su equipo y conseguir aprobación primero, usted puede ser responsable por el costo del servicio.**

Para los proveedores a domicilio o los que proveen cuidado personal íntimo, podríamos adquirir servicios de personas que usted conoce, como un miembro de familia. La persona que usted decida emplear tiene que estar calificada y de acuerdo con trabajar a un costo similar al de los demás proveedores.

Otra opción para la organización de sus servicios es el Manejo Propio de los Apoyos (Self-Directed Supports - SDS). Consulte la página 30 para más información.

## ¿Cómo le ayuda Family Care a manejar sus propios servicios?

*Inclusa* se esfuerza por respetar las decisiones de nuestros miembros. Por ejemplo:

- El arreglo de vivienda, los servicios y apoyo de su vida cotidiana de su elección son ejemplos de las categorías de los resultados que Family Care apoya. Usted dirá lo que es importante para usted en estas áreas de los resultados. Usted trabajará con su equipo de cuidado para encontrar las maneras razonables de apoyar sus resultados. Si usted no cree que su plan de cuidado ofrece apoyo razonable para sus resultados, usted puede presentar una queja o apelación. (Consulte la página xx para más información).
- Si usted lo pide, consideraremos usar a un proveedor que generalmente no utilizamos.
- Para los proveedores a domicilio o que proveen cuidado personal íntimo, adquiriremos — conforme a su petición — los servicios de cualquier proveedor calificado que usted elija, incluyendo a un miembro de la familia. **El proveedor debe cumplir con nuestros requisitos y aceptar nuestras tarifas.**
- Usted tiene derecho a cambiarse a un equipo de cuidado diferente, hasta dos veces por año calendario. No tiene que decir por qué quiere un equipo diferente. Es posible que *Inclusa* no siempre pueda cumplir con su petición o darle el equipo específico que usted desea.
- Usted puede elegir dirigir uno o más de sus servicios. (Consulte la sección siguiente para obtener más información).

## ¿Qué es el manejo propio de los apoyos?

Usted puede elegir la opción manejo propio de los apoyos (Self-Directed Supports – SDS) si desea manejar algunos de sus servicios de cuidado a largo plazo. Elegir SDS significa que tendrá más control sobre cómo y de quien recibe sus servicios. Es una opción que puede utilizar si desea tener más responsabilidad y participar más activamente en el manejo de sus propios servicios.

Con algunos tipos de SDS, usted tiene el control y la responsabilidad de su propio presupuesto para los servicios que reciba. También pueda que tenga control sobre sus proveedores, incluyendo cualquier responsabilidad de contratar, entrenar, supervisar y despedir a sus propios trabajadores de cuidado directo. Con otros tipos de SDS, usted puede seleccionar su propio proveedor, pero una agencia se encarga de la contratación, formación y supervisión de personal.

Aunque se utiliza con frecuencia para cuidados a domicilio, SDS puede usarse fuera del hogar para servicios como el transporte y cuidado personal en su lugar de trabajo. Su equipo de cuidado puede decirle cuales servicios se pueden manejar por cuenta propia en Family Care.

Usted puede elegir cuánto quiere participar en el SDS. No se trata de una propuesta de "todo o nada". Usted puede elegir dirigir uno o más de sus servicios. Por ejemplo, usted podría elegir el manejo propio de los servicios que le ayuden a permanecer en su casa o le ayuden a encontrar y mantener un trabajo. Entonces puede trabajar con su equipo de cuidado para que maneje los demás servicios destinados a otros resultados en su plan de cuidado.

Si usted elige SDS, trabajará con su equipo para determinar un presupuesto para los servicios basados en su plan de cuidado médico. Usted administrará la compra de los servicios dentro de ese presupuesto, ya sea directamente o con la ayuda de otra persona o agencia que usted elija.

Si usted está interesado en SDS, comuníquese su equipo para más información sobre los beneficios y las limitaciones del SDS.

## ¿Qué debo hacer en caso de emergencia?

**Si usted tiene una emergencia, llame al 911.**

*NO es necesario que se comuniquen con su equipo de cuidado u obtener una autorización previa en caso de una emergencia.*

Una emergencia significa que usted cree que su salud está en grave peligro. Una emergencia puede ser una enfermedad repentina, presunto ataque cardíaco o accidente cerebrovascular, un hueso roto o un ataque severo de asma.

Si usted tiene una emergencia médica:

- Busque ayuda lo más rápido posible. Llame al 911 o vaya a la sala de emergencia, hospital o centro de cuidado urgente más cercano.
- Si usted va a la sala de emergencia o es admitido en el hospital, dígame al personal del hospital que usted es un miembro de *Inclusa*.

- Tan pronto como sea posible, usted u otra persona debe comunicarse con su equipo de cuidado para dejarle saber sobre su cuidado de emergencia.

Aunque Family Care no cubre los servicios médicos, es importante dejarle saber a su equipo de cuidado si va a la sala de emergencia o es admitido en el hospital. De ese modo podemos dejarle saber a sus proveedores actuales que usted está en el hospital y podemos coordinar los servicios de seguimiento. Por ejemplo, antes de salir del hospital, su médico podría referirle a una agencia de cuidado de salud en el hogar (home health agency) para los servicios de seguimiento. Su equipo de cuidado deberá autorizar el servicio de salud en el hogar antes de su dada de alta.

## ¿Cómo puedo recibir cuidado después de las horas normales de trabajo?

Si usted tiene una necesidad urgente que no puede esperar hasta el siguiente día hábil, llame a [1-877-622-6700](tel:1-877-622-6700). El personal de guardia está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. El personal de guardia puede autorizar temporalmente los servicios necesarios para que continúen hasta el siguiente día hábil. Su equipo de cuidado hará seguimiento con usted para determinar si los servicios deben continuar.

## ¿Qué pasa si necesito cuidado mientras estoy fuera del área?

Si va a estar fuera del área de servicio de *Inclusa* y desea continuar recibiendo sus servicios mientras esté fuera, le debe **notificar a su equipo de cuidado tan pronto como sea posible**. *Inclusa* consultará con la agencia de mantenimiento de los ingresos para averiguar si su ausencia afectará su estatus como residente del condado.

- Si usted **ya no va ser un residente** de un condado servido por *Inclusa*, usted debe comunicarse con el centro de recursos para ancianos y discapacitados (ADRC) en el condado al que se va a mudar. El ADRC puede informarle sobre los programas disponibles en ese condado. El Family Care tiene que estar disponible en el condado al que se va a mudar para usted poder permanecer en el programa Family Care.
- Si a usted **todavía se le considera un residente**, *Inclusa* trabajará con usted para planear una forma rentable de apoyar sus necesidades y mantenerlo sano y seguro, mientras esté fuera.

Si *Inclusa* cree que no puede desarrollar un plan rentable que satisfaga sus necesidades y asegure su salud y seguridad mientras esté fuera de nuestra área de servicio, podemos pedir al estado de Wisconsin darle de baja del programa. Si le pedimos al estado darle de baja, se le dará la oportunidad de disputar nuestra petición a través del proceso de apelación. (Consulte el capítulo 8, página [56](#) para más información.)

*Inclusa* no paga por el cuidado si se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio. Si usted está planeando mudarse permanentemente, comuníquese con su equipo de cuidado con la mayor antelación posible. Su equipo hablará con usted sobre las consecuencias de mudarse



permanentemente. Usted puede trabajar con su equipo para coordinar la transición de los servicios a los proveedores en su nueva ubicación.

## Capítulo 4. El conjunto de beneficios de Family Care

### ¿Qué servicios se ofrecen?

El *Inclusa* del programa Family Care ofrece servicios de cuidado a largo a plazo. La lista de servicios que ofrecemos se llama "el conjunto de beneficios de Family Care" (Family Care Benefit Package).

Usted y su equipo de cuidado utilizarán el proceso de Decisión de Asignación de los Recursos o RAD para crear el plan de cuidado más rentable para usted. Aunque los servicios a través del conjunto de beneficios están disponibles para todos los miembros, no significa que usted puede recibir un servicio que esté en la lista sólo porque usted es un miembro de Family Care. Usted sólo recibirá los servicios que sean necesarios para apoyar sus resultados de cuidado a largo plazo y asegurar su salud y seguridad.

Tenga en cuenta que:

- Algunos miembros pueden que tengan que pagar un costo compartido para ser elegible para Medicaid. Consulte la página **xx** para más información.
- En Family Care hay reglas de autorización para los servicios residenciales y las estancias en un hogar de ancianos. *Inclusa* sólo autorizará los servicios residenciales en determinadas situaciones. Consulte la página **xx** para más información.
- Sólo ciertos servicios son elegibles para el manejo propio dentro del conjunto de beneficios que ofrece Family Care. Por favor, pregúntele a su equipo de cuidado si desea obtener más información.

**Su equipo de cuidado tiene que aprobar todos los servicios antes de que usted comience a recibirlos.**

*Inclusa* podría proporcionar un servicio que no esté incluido. El apoyo o los servicios alternativos tienen que cumplir con ciertas condiciones. Usted y su equipo de cuidado decidirán cuándo va a necesitar los servicios alternativos para satisfacer sus resultados de cuidado a largo plazo.

Los servicios que están disponibles para usted generalmente dependen de su nivel de cuidado. Family Care tiene dos "niveles de cuidado":

- 1.) "Nivel de cuidado de hogar de ancianos" – Si usted califica para recibir este nivel de cuidado, significa que sus necesidades son lo suficientemente significativas que usted es elegible para recibir servicios que ofrece un hogar de ancianos. (Esto no significa que usted tiene que estar en un hogar de ancianos para recibir estos servicios). Un conjunto muy amplio de servicios está disponible para este nivel de cuidado.
- 2.) "Nivel de cuidado que tenga lugar en un hogar de ancianos" – Si usted califica para recibir este nivel de cuidado, significa que usted tiene alguna necesidad para servicios de

cuidado a largo plazo, pero no sería elegible para recibir los servicios en un hogar de ancianos. Un conjunto limitado de servicios está disponible para este nivel de cuidado.

Si usted no sabe cuál es su nivel de cuidado, pregúntele a su equipo de cuidado.

## Tabla del conjunto de beneficios de Family Care

Los siguientes servicios están disponibles si son:

- Necesarios para apoyar sus resultados de cuidado a largo plazo;
- Previamente autorizados por su equipo de cuidado; e
- Indicados en su plan de cuidado.

	Nivel de cuidado en un hogar de ancianos	Nivel de cuidado que no sea en un hogar de ancianos
<b>SERVICIOS DEL PLAN ESTATAL DE MEDICAID BASADO EN LA COMUNIDAD (COMMUNITY-BASED MEDICAID STATE PLAN SERVICES)</b>		
Servicios de tratamiento diurno de abuso del alcohol y otras drogas (AODA) (en todos los ámbitos, excepto en los hospitales o proporcionados por médicos)	✓	✓
Servicios de abuso del alcohol y otras drogas (AODA) (excepto hospitalización o proporcionados por médicos)	✓	✓
Servicios de administración de cuidado/caso (Care/Case Management Services)	✓	✓
Community Support Program (excepto los proporcionados por médicos)	✓	✓
Equipo médico durable y suministros médicos (excepto audífonos, prótesis y suministros de planificación familiar)	✓	✓
Cuidado médico a domicilio (Home Health)	✓	✓
Servicios de tratamiento diurno de salud mental (en todos los ámbitos)	✓	✓
Servicios de salud mental (excepto hospitalización o los proporcionados por médicos)	✓	✓
Enfermería (incluyendo cuidado respiratorio, enfermería intermitente y privada)	✓	✓
Terapia ocupacional (en todos los ámbitos excepto hospitalización)	✓	✓
Cuidado personal	✓	✓
Terapia física (en todos los ámbitos excepto hospitalización)	✓	✓
Servicios de patología del lenguaje y del habla (en todos los ámbitos excepto hospitalización)	✓	✓

	Nivel de cuidado en un hogar de ancianos	Nivel de cuidado que no sea en un hogar de ancianos
Transporte a sus citas médicas (excepto viajes por ambulancia)	✓	✓
<b>SERVICIOS DEL PLAN ESTATAL DE MEDICAID INSTITUCIONAL (INSTITUTIONAL MEDICAID STATE PLAN SERVICES)</b>		
Hogar de ancianos, incluyendo el centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities - ICF-IID) y la institución para enfermedades mentales (Institution for Mental Disease - IMD) (IMD no cubre a los residentes entre 22 a 64 años de edad)	✓	1
<b>SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD<sup>2</sup> (HOME AND COMMUNITY BASED WAIVER SERVICES)</b>		
Auxiliares para la adaptación (Adaptive Aids)	✓	
Centro de cuidado para adultos (Adult Day Care)	✓	
Auxiliares de tecnología/comunicación	✓	
Servicios consultivos clínicos y terapéuticos para los cuidadores	✓	
Capacitación y educación al consumidor	✓	
Servicios de consejería y terapéuticos	✓	
Capacitación para las habilidades de la vida cotidiana	✓	
Servicios diurnos	✓	
Servicios de administración financiera	✓	
Entrega de comidas a domicilio	✓	
Modificaciones en el hogar	✓	
Asesoramiento de viviendas (Housing Counseling)	✓	
Sistema de respuesta de emergencia personal	✓	
Servicios pre vocacionales	✓	
Servicios de reubicación	✓	

<sup>1</sup> Si su salud requiere una admisión en un hogar de ancianos, este servicio puede estar disponible a través de su tarjeta ForwardHealth de Medicaid. Cuando usted es admitido en un centro de enfermería, su equipo de cuidado se reunirá con usted para determinar si su nivel de cuidado ha cambiado.

<sup>2</sup>Consulte el apéndice 2 para la definición de cada servicio.

	<b>Nivel de cuidado en un hogar de ancianos</b>	<b>Nivel de cuidado que no sea en un hogar de ancianos</b>
Cuidado residencial: viviendas familiares para adultos (AFH) con 1-2 camas	✓	
Cuidado residencial: viviendas familiares para adultos (AFH) con 3-4 camas	✓	
Cuidado residencial: instalaciones residenciales basadas en la comunidad (CBRF)	✓	
Cuidado residencial: cuidado residencial de complejo de apartamentos (RCAC)	✓	
Cuidado de relevo (Respite Care)	✓	
Servicios de cuidado personal por cuenta propia	✓	
Enfermería especializada (Skilled Nursing)	✓	
Equipos y suministros médicos especializados	✓	
Agente de apoyo (Support Broker)	✓	
Empleo con apoyo – servicios de apoyo individual y en grupo pequeño de empleo	✓	
Cuidado de apoyo a domicilio (Supportive Home Care)	✓	
Servicios de capacitación para cuidadores no remunerados	✓	
Transporte (especializado) – comunitario y otro transporte	✓	
Planificación y apoyo de futuros vocacionales	✓	

## ¿Qué servicios no se ofrecen?

Los siguientes servicios no están incluidos en el conjunto de beneficios de cuidado a largo plazo que ofrece el Family Care, pero están disponibles para usted a través de su tarjeta de ForwardHealth:

- Servicios de abuso del alcohol y otras drogas (proporcionados por un médico o en un entorno hospitalario)
- Audiología: incluyendo la evaluación de la función auditiva y la rehabilitación de deficiencias auditivas
- Quiropráctica
- Intervención en crisis
- Odontología
- Cuidado de emergencia (incluyendo viajes por ambulancia aéreo y terrestre)
- Anteojos
- Servicios de planificación familiar
- Audífonos y pilas para aparatos auditivos
- Hospicio (cuidado de apoyo a los enfermos terminales)
- Hospital: pacientes internos y ambulatorios, incluyendo cuidado en la sala de emergencia (excepto por terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje, servicios de salud mental que no sean los proporcionados por un médico, y de abuso de alcohol y otras drogas que no sean los proporcionados por un médico a pacientes ambulatorios)
- Los servicios en una institución para enfermedades mentales o IMD no están cubiertos en la mayoría de las situaciones (sólo están cubiertos en la IMD de un **hogar de ancianos** para personas menores de 22 años o 65 años y mayores)
- Servicios de enfermera especializada independiente
- Laboratorio y rayos x
- Medicamentos/medicamentos recetados
- Servicios de salud mental (proporcionados por un médico o en un entorno hospitalario)
- Optometría
- Servicios de médicos y clínicas (excepto por terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje, servicios de salud mental que no sean los proporcionados por un médico, y de abuso de alcohol y otras drogas que no sean los proporcionados por un médico a pacientes ambulatorios)
- Podología (cuidado de los pies)
- Coordinación de cuidado prenatales
- Prótesis
- Psiquiatría

- Servicios basados en la escuela
- Transporte por ambulancia

Family Care no cubre los servicios indicados anteriormente, pero usted es elegible para recibirlos a través del programa Medicaid regular. Su equipo de cuidado trabajará con usted para ayudarle a obtener estos servicios cuando usted los necesite. Si usted tiene Medicare, beneficios de Veteranos (VA), u otros seguros además de Medicaid, estos seguros podrían cubrir los servicios indicados anteriormente. Puede haber un copago por estos servicios.

**Además de la lista anterior, no se proporcionan los siguientes artículos y servicios:**

- Los servicios que no han sido autorizados por su equipo de cuidado o que no estén incluidos en su plan de cuidado.
- Los servicios que no son necesarios para apoyar los resultados de cuidado a largo plazo.
- Los gastos normales tales como pagos de alquiler o hipoteca, comida, servicios públicos, entretenimiento, ropa, muebles, artículos de uso doméstico y seguros.
- Los artículos personales que tenga en su habitación en una facilidad de residencia asistida o en un hogar de ancianos, como un teléfono o una televisión.
- El alojamiento y la comida en las viviendas residenciales. (Consulte el capítulo 5, página 42 para más información).
- Los honorarios de tutela.



## Capítulo 5. Comprender quién paga por los servicios y la coordinación de sus beneficios

### ¿Deberé pagar por algún servicio?

Usted no está obligado a pagar por ninguno de los servicios incluidos en el conjunto de beneficios de Family Care que son identificados en su plan de cuidado como necesarios para apoyar sus resultados de cuidado a largo plazo. Si usted hace arreglos para recibir servicios que no estén incluidos en su plan de cuidado, usted será responsable de pagar por ellos.

**Usted ES responsable de los copagos por los servicios que reciba del programa Medicaid regular.** Esto incluye los copagos por las visitas al hospital, las visitas al médico y los medicamentos.

Existen otros dos tipos de gastos que usted tal vez tenga que pagar cada mes:

- Costo compartido
- Alojamiento y comida

Costo compartido y alojamiento y comida son dos cosas diferentes. Es posible que usted tenga que pagar por ambos.

### COSTO COMPARTIDO

Es posible que algunos miembros tengan que pagar una cantidad mensual para permanecer elegible para Medicaid y Family Care. Este pago mensual es conocido como un **costo compartido**. Su costo compartido se basa en sus ingresos y elegibilidad para Medicaid y Family Care.

Si usted tiene un costo compartido, usted recibirá una factura de *Inclusa* cada mes. Aunque usted envía su pago por correo a *Inclusa*, es la agencia de mantenimiento de los Ingresos quien determina la cantidad que usted tiene que pagar cada mes.

La cantidad de su costo compartido se revisará una vez al año o en cualquier momento en que sus ingresos cambien. **Usted está requerido a reportar a su equipo de cuidado y a la agencia de mantenimiento de los ingresos todos los cambios que surjan en sus ingresos y activos dentro de los 10 días de surgir el cambio.** Los activos incluyen, pero no se limitan a, vehículos de motor, dinero en efectivo, cuentas de ahorro y de cheques, y el valor en efectivo de un seguro de vida.

La falta a pagar la parte que le corresponde del costo compartido mensual puede resultar en la pérdida de elegibilidad y se le podría dar de baja del programa Family Care. Si cree que la cantidad de su costo compartido es incorrecta, usted puede presentar una apelación ante el Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA). Consulte la página **xx** para más información.

Si usted tiene preguntas sobre el costo compartido, comuníquese con *su equipo*.

### **Reducción de costos compartidos**

Si usted no puede pagar su costo compartido mensual debido a sus gastos básicos necesarios, puede calificar para una reducción de su cantidad de costo compartido. Los gastos básicos necesarios incluyen pagos de hipoteca, alquiler, seguro del hogar / de arrendatario, impuestos sobre la propiedad, servicios públicos, alimentos, ropa, artículos de higiene y el costo de operar y mantener un vehículo.

Una reducción de la cuota de costos compartido puede hacer más asequibles sus gastos mensuales y le permitirá permanecer inscrito en Family Care.

Para solicitar una reducción de su costo compartido, usted debe completar una "solicitud de reducción de costo compartido". Véase el Apéndice 3 para una copia de la solicitud, o descargue una copia en <https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm>.

Junto con la solicitud, usted tendrá que presentar prueba de su ingreso mensual, sus gastos mensuales y la cantidad del costo compartido que le paga a *Inclusa* cada mes. La solicitud le dice qué tipo de prueba es necesaria y da ejemplos de los tipos de documentos que proporcionan esa prueba.

Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud, puede obtener la ayuda gratuita de un mediador (*ombudsman*). La información de contacto para el programa de mediador de Family Care está en la página 65.

### **ALOJAMIENTO Y COMIDA**

Usted será responsable de pagar por el costo de alojamiento y comida (alquiler y comida) si usted vive o se muda a un facilidad de cuidado residencial. Las facilidades de cuidado residencial incluyen casas de familia para adultos (AFHs), instalaciones residenciales basadas en la comunidad (CBRFs), complejos de apartamentos de cuidado residencial (RCACs), y hogares de ancianos.

*Inclusa* pagará por la parte del cuidado y supervisión de sus servicios. Usted estará requerido a pagar la parte del costo por alojamiento y comida (alquiler y comida). Nosotros le diremos cuánto costará su alojamiento y comida, y le enviaremos una factura cada mes. /

Si usted tiene preguntas sobre el alojamiento y comida, o no puede hacer un pago, comuníquese con *su equipo* o *Member Liabilities* 877-622-6700. Su equipo de cuidado le puede ayudar a encontrar un servicio que satisfaga sus necesidades a un precio más asequible.

### **¿Cómo puedo hacer un pago?**

Los pagos pueden hacerse por cheque o giro postal. Envíe sus pagos a a la direccion mencionada en su estado de cuenta mensual.

El retiro automático de su cuenta bancaria también puede estar disponible. Pídale a su equipo de cuidado que le dé más detalles.

## **¿Qué pasa si recibo una factura por servicios?**

Usted no tiene que pagar por los servicios que su equipo de cuidado autorice como parte de su plan de cuidado. Si usted recibe una factura de un proveedor por error, no la pague. Por el contrario, comuníquese con su equipo para que ellos puedan resolver el asunto.

## **¿Paga Family Care por los servicios residenciales u hogares de ancianos?**

Una meta importante de Family Care es ayudar a los miembros a vivir lo más independientemente posible. Todas las personas, incluyendo a las personas con discapacidades y a las personas mayores, deben poder vivir en casa con el apoyo que necesiten, participando en comunidades que valoren sus contribuciones.

Estudios y encuestas muestran que la mayoría de las personas quieren vivir en su propia casa o apartamento, entre familiares y amigos. La mayoría de los servicios que Family Care presta se pueden proporcionar en la casa a la mayoría de las personas y vivir en casa suele ser la opción más rentable.

El conjunto de beneficios de Family Care incluye servicios de cuidado residenciales y las estancias en un hogar de ancianos. Sin embargo, mudarse de su casa a un centro de cuidado o a un hogar de ancianos debe ser el "último recurso".

Su equipo de cuidado autorizará cuidado residencial o estancias en un hogar de ancianos solamente cuando:

- No se puede asegurar su salud y seguridad en su hogar; o
- Sus resultados de cuidado a largo plazo no pueden ser apoyados de forma rentable en su casa; o
- Mudarse a una facilidad es la opción más rentable de apoyar sus resultados de cuidado a largo plazo.

Aun si el cuidado residencial es la única opción, usted tal vez no pueda quedarse o mudarse en la facilidad que usted quiera. La facilidad pueda que no tenga un contrato con *Inclusao* no estar dispuesta a aceptar la tarifa que pagamos. Family Care no puede obligar a los proveedores a aceptar nuestras tarifas.

Si usted vive en su propia casa y usted y su equipo de cuidado están de acuerdo con que ya no debería vivir más ahí, ustedes decidirán juntos sobre los servicios residenciales. Usted y su equipo son responsables de encontrar las opciones residenciales más rentables dentro de la red de

proveedores del *Inclusa*. Su equipo continuará trabajando con usted mientras usted esté en una facilidad residencial o en un hogar de ancianos.

**Su equipo de cuidado debe autorizar todos los servicios residenciales.** Es muy importante que usted no seleccione a un proveedor residencial por su cuenta. Usted tiene que trabajar con su equipo en estas decisiones para asegurarse de que *Inclusa* pagará por estos servicios.

**Se le pedirá que pague parte del costo de alquiler y comida de la facilidad.** Estos costos también se llaman gastos de "alojamiento y comida".

## ¿Cómo se coordinan Medicare y mis otros beneficios de seguro?

Cuando usted se inscribe en *Inclusa*, nosotros le preguntaremos si tiene otro seguro aparte de Medicaid. (Medicaid es también conocido como Medical Assistance, MA, o Title 19.) Otros seguros incluyen Medicare, cobertura de salud para jubilados, seguro de cuidado a largo plazo y otros seguros de salud privados.

Es importante que nos dé información sobre cualquier otro seguro que usted tenga. **Si usted decide no utilizar su otro seguro, podríamos negarnos a pagar por cualquier servicio que su seguro hubiese cubierto.**

Antes de que Medicaid, e incluso Family Care, pague por los servicios, se deben facturar a otros seguros primero. *Inclusa* espera que los miembros:

- Nos dejen saber si tienen otro seguro, incluyendo Medicare Parte A y/o B.
- Nos pongan al día si hay cambios en su cobertura de Medicare Parte A y/o B u otro seguro.
- Nos dejen saber si recibieron un pago de una compañía de seguro, ya que tendrá que reembolsar a *Inclusa*. De la forma que usted maneje estos pagos puede afectar su elegibilidad para Family Care.

Si usted actualmente no tiene Medicare porque siente que no puede pagarlo, su equipo de cuidado puede encontrar un programa que le ayude a pagar por las primas de Medicare.

Si usted tiene Medicare, le cubrirá la mayoría de sus gastos de cuidado de salud incluyendo médicos y hospitales. La parte del costo que Medicare no cubre se llama "costo compartido de Medicare". Medicaid pagará la cantidad del costo compartido de Medicare por usted.

Para algunos servicios, pagaremos el costo compartido de Medicare por usted **si su equipo de cuidado pre-aprueba el servicio** y el servicio es parte del conjunto de beneficios de Family Care. Esto significa que su equipo de cuidado debe aprobar el servicio ANTES de que usted reciba el servicio. Si no recibe una aprobación previa de su equipo de cuidado, es posible que usted tenga que pagar la cantidad del costo compartido de Medicare por su propia cuenta. Asegúrese de obtener pre aprobación de su equipo de cuidado para:

- Equipo médico durable, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros
- Suministros para la diabetes
- Cuidado de salud a domicilio
- Rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Rehabilitación pulmonar para pacientes ambulatorios (para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Cuidado en un centro de enfermería especializada (para la rehabilitación)
- Terapia del habla

Es importante que usted sepa que Medicare decide si pagará por un servicio. Sólo porque su equipo de cuidado preaprueba un servicio no significa que Medicare pagará por el servicio. La aprobación previa de su equipo de cuidado sólo significa que *Inclusa* pagará el **costo compartido de Medicare** si Medicare decide que pagará por el servicio. Si Medicare decide que no pagará por el servicio su equipo de cuidado pre aprobó, *Inclusa* cubrirá el costo del servicio de Medicaid.

## ¿Qué es la recuperación del patrimonio? ¿Cómo se aplica a mí?

Si usted ya está en Medicaid, o es un miembro de *Inclusa*, las reglas de recuperación del patrimonio se aplican a usted. La recuperación del patrimonio de Medicaid se aplica a la mayoría de los servicios de cuidado a largo plazo si son proporcionados por *Inclusa* o a través de otros programas.

A través de la recuperación del patrimonio, el estado busca ser reembolsado por el costo de todos los servicios de cuidado a largo plazo de Medicaid. La recuperación se hace de su patrimonio, o del patrimonio de su cónyuge después de que ambos han fallecido. El dinero recuperado se remonta al estado para cuidar a otros en necesidad.

La recuperación se hace mediante la presentación de reclamaciones sobre los patrimonios. El estado no intentará ser reembolsado de su patrimonio mientras su cónyuge o un hijo/a con una discapacidad todavía esté vivo. La recuperación ocurrirá después de la muerte de “él/ella”.

Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio, pregúntele a su equipo de cuidado. La información sobre el programa de recuperación de patrimonio de Medicaid también está disponible a través de los recursos que se indican a continuación:

Llamada gratis:	1-800-362-3002
TTY:	711 o al 1-800-947-3529
Visite:	<a href="http://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm">www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm</a>
O escriba a:	DHS - Estate Recovery Program P.O. Box 309 Madison, WI 53701-0309

## Capítulo 6. Sus derechos

Tenemos que honrar sus derechos como miembro de *Inclusa*.

- 1.) **Tenemos que proporcionarle información de una manera que funcione para usted.** Para que le proporcionemos información de una manera que funcione para usted, comuníquese con su equipo de cuidado.
- 2.) **Le debemos tratar con dignidad, respeto e igualdad en todo momento.** Usted tiene el derecho de:
  - Recibir cuidado compasivo, considerado del personal y los proveedores de *Inclusa*.
  - Recibir su cuidado en un ambiente seguro y limpio.
  - No tener que trabajar o realizar servicios para *Inclusa*.
  - Ser alentado y recibir ayuda para hablar con el personal de *Inclusa* acerca de los cambios en la política que usted cree deberían hacerse o los servicios que usted cree deberían proporcionarse.
  - Ser alentado a ejercer sus derechos como miembro de *Inclusa*.
  - Estar libre de cualquier discriminación. *Inclusa* debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o trato injusto. No discriminamos en base a la raza, discapacidad mental o física, religión, género, orientación sexual, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, origen nacional o fuente de pago de una persona.
  - Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia. Esto significa que usted tiene el derecho de estar libre de ser refrenado o forzado a estar a solas con el fin de hacerle comportarse de cierta manera o castigarlo o porque alguien lo encuentre útil.
  - Estar libre de abuso, negligencia y explotación económica.
    - **El abuso** puede ser físico, emocional, financiero o sexual. El abuso también puede ser si alguien le da un tratamiento tal como medicación, o investigación experimental sin su consentimiento.
    - **La negligencia** es cuando un cuidador no puede proporcionar los cuidados, servicios o supervisión lo que crea un riesgo significativo de peligro para la persona. El abandono de sí mismo es cuando una persona que es responsable de su propio cuidado no puede obtener el cuidado adecuado, incluyendo alimentos, vivienda, ropa o cuidado médico o dental.

- **Explotación económica** puede ser fraude, persuasión o coerción, robo, mala conducta de un agente fiscal, robo de identidad, falsificación o uso no autorizado de tarjetas de transacciones financieras incluyendo crédito, débito, cajeros automáticos (ATM) y tarjetas similares.

**¿Qué puede hacer si usted experimenta abuso, negligencia o explotación económica?** Su equipo de cuidado está disponible para hablar con usted sobre temas que usted siente pueden ser abuso, negligencia o explotación económica. Le puede ayudar a informar o asegurar los servicios para propósito de seguridad. Debe siempre llamar al 911 en caso de una emergencia.

Si siente que usted o alguien que usted conoce es víctima de abuso, negligencia o explotación económica, puede comunicarse con Servicios de Protección para Adultos (Adult Protective Services). Los Servicios de Protección para Adultos ayudan a proteger la seguridad de las personas mayores y los adultos en riesgo que han experimentado abuso, negligencia o explotación. También ayudan cuando una persona no puede cuidar de su seguridad por sí misma debido a una condición de salud o discapacidad.

La página xx [insert page number] indica los números de teléfono a los que debe llamar para reportar incidentes de abuso presenciado o presunto.

- 3.) **Tenemos que asegurarnos de que tiene acceso adecuado a los servicios cubiertos.** Como miembro de *Inclusa*, usted tiene derecho a recibir los servicios indicados en su plan de cuidado médico cuando usted los necesita. Su equipo de cuidado se encargará de sus servicios cubiertos. Su equipo también coordinará con sus proveedores de cuidado médico. Ejemplos de estos son médicos, odontólogos y podólogos. Comuníquese con su equipo de cuidado para asistencia en la elección de sus proveedores.
- 4.) **Tenemos que proteger la privacidad de su información personal de salud.** Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, por favor llame a *su equipo* Consulte el Apéndice 7, en la página 85, para el Aviso de Prácticas de Privacidad de *Inclusa*.
- 5.) **Tenemos que darle acceso a sus registros médicos.** Pídale a su equipo de cuidado que le dé una copia de sus registros si así lo desea. Usted tiene derecho de pedirle a *Inclusa* que cambie o corrija sus registros.
- 6.) **Tenemos que darle información sobre *Inclusa*, nuestra red de proveedores, y los servicios disponibles.** Comuníquese con su equipo de cuidado si desea recibir esta información.
- 7.) **Tenemos que apoyar su derecho a tomar las decisiones sobre sus servicios.**
  - Usted tiene derecho a saber acerca de sus opciones. Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones disponibles, su costo y si están

cubiertas por Family Care. También puede sugerir otros servicios que usted crea puedan satisfacer sus necesidades.

- Usted tiene derecho a saber acerca de los riesgos involucrados en su cuidado.
  - Usted tiene derecho a decir "no" a cualquier cuidado o servicio recomendado.
  - Usted tiene derecho a obtener segundas opiniones médicas. Pregúntele a su equipo de cuidado si necesita ayuda para obtener una segunda opinión.
  - Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones por sí mismo. A veces las personas no pueden tomar sus propias decisiones de cuidado médico debido a un accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que si usted quiere, usted puede desarrollar una "**directiva anticipada**" (advance directive). Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y con diferentes nombres. Los documentos como "**testamento en vida**" y "**poder notarial para cuidado médico**" son ejemplos de directivas anticipadas. Si desea saber más sobre las directivas anticipadas, comuníquese con su equipo de cuidado.
- 8.) **Usted tiene el derecho de presentar una queja o apelación si usted no está satisfecho con el cuidado o los servicios que recibe.** El capítulo 8 (página **xx**) incluye información sobre lo que usted puede hacer si quiere presentar una queja o apelación.



## Capítulo 7. Sus deberes

Las cosas que usted debe de hacer como miembro de *Inclusa* indican a continuación. Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese con su equipo de cuidado. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

- 1.) Familiarizarse con los servicios que ofrece el conjunto de beneficios de Family Care. Esto incluye entender lo que necesita hacer para recibir sus servicios. Consulte los capítulos 3 y 4 para obtener más información.
- 2.) Participar en el desarrollo inicial y en curso de su plan de cuidado.
- 3.) Participar en el proceso de Decisión de Asignación de los Recursos o RAD para encontrar las formas más rentables de satisfacer sus necesidades y apoyar sus resultados de cuidado a largo plazo. Los miembros, familiares y amigos comparten la responsabilidad de utilizar los fondos de los impuestos públicos de la manera más rentable.
- 4.) Hablar con su equipo de cuidado sobre las maneras en que sus amigos, familiares u otras organizaciones comunitarias o voluntarias pueden ayudar a apoyarlo o maneras en que usted puede hacer más por sí mismo.
- 5.) Seguir el plan de cuidado que usted y su equipo de cuidado acordaron.
- 6.) Ser responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su equipo de cuidado o proveedores.
- 7.) Usar los proveedores o agencias que forman parte de *Inclusa*, a menos que usted y su equipo de cuidado decidan lo contrario.
- 8.) Seguir los procedimientos del *Inclusa* para recibir cuidado fuera de las horas de trabajo.
- 9.) Notificar si se muda a una nueva dirección o cambia su número de teléfono.
- 10.) Notificar sobre cualquier estancia temporal planificada o si se muda fuera del área de servicio.
- 11.) Proporcionar a *Inclusa* con la información correcta sobre sus necesidades de cuidado de su salud, finanzas y preferencias y decirnos tan pronto como sea posible acerca de cualquier cambio en su estatus. Esto incluye firmar un formulario de "autorización de información" para cuando necesitamos información adicional que usted no tenga fácilmente disponible.
- 12.) Tratar a su equipo, al personal de cuidado en el hogar y a los proveedores de servicios con dignidad y respeto.

- 13.) Aceptar los servicios sin importar la raza, color, religión, edad, género, orientación sexual, salud, origen étnico, credo (creencias) u origen nacional del proveedor.
- 14.) Pagar cualquier costo mensual que usted tenga a tiempo, incluyendo cualquier costo compartido o alojamiento y comida. Déjele saber a su equipo de cuidado tan pronto como sea posible si tiene problemas con su pago.
- 15.) Usar sus beneficios de Medicare y seguros privados, cuando sea apropiado. Si usted tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud, déjeselo saber a *Inclusa* y a la agencia de mantenimiento de los ingresos.
- 16.) Cuidar de cualquier equipo médico durable (DME) que se le proporcione, como sillas de ruedas y camas de hospital.
- 17.) Reportar fraude o abuso por parte de los proveedores o empleados de *Inclusa*. Si sospecha que alguien hace uso indebido de los fondos de asistencia pública, incluyendo a Family Care, puede llamar a la línea directa de fraude o presentar un informe en línea en:

**Report Public Assistance Fraud**

1-877-865-3432 (llamada gratis) o visite

[www.reportfraud.wisconsin.gov](http://www.reportfraud.wisconsin.gov)

- 18.) No participar en ninguna actividad fraudulenta o abuso de los beneficios. Esto puede incluir:
  - Falsificar su nivel de discapacidad
  - Falsificar su nivel de ingresos y activos
  - Falsificar residencia
  - Vender los equipos médicos suministrados por *Inclusa*

Cualquier actividad fraudulenta puede resultar en la cancelación de la inscripción de Family Care o posible procesamiento penal.

- 19.) Llamar a su equipo de cuidado para ayuda si tiene dudas o inquietudes.
- 20.) Darnos su opinión. De vez en cuando, le preguntaremos si usted está dispuesto a participar en entrevistas de miembros, encuestas de satisfacción o en otras actividades de revisión de calidad. Sus respuestas y comentarios nos ayudarán a identificar nuestros puntos fuertes, así como las áreas que necesitamos mejorar. Por favor, déjenos saber si desea saber los resultados de cualquier encuesta. Estaríamos encantados de compartir esa información con usted.

Comuníquese con el Departamento de Gestión de Calidad al 1-877-622-6700 para obtener más información o para solicitar los resultados de cualquier encuesta. Los resultados de la encuesta de satisfacción de **miembros** más reciente están disponibles en

nuestro sitio web en [www.inclusa.org](http://www.inclusa.org). Puede obtener una copia en papel poniéndose en contacto con Gestión de calidad.

## Capítulo 8. Quejas y apelaciones

### Introducción

Estamos dedicados a proporcionar servicios de calidad a nuestros miembros. Puede haber un instante en que usted tenga una inquietud. Como miembro, usted tiene el derecho de presentar una queja o apelar una decisión tomada por *Inclusa* y de recibir una revisión rápida y justa.

Si usted no está satisfecho con su cuidado o servicios, debe hablar con su equipo de cuidado primero. Hablar con su equipo suele ser la forma más fácil y rápida de abordar sus inquietudes. Si no desea hablar con su equipo, puede llamar a uno de nuestros especialistas en derechos de los miembros. El especialista en derechos de los miembros puede hablarle sobre sus derechos, tratar informalmente de resolver sus inquietudes y ayudarlo a presentar una queja o apelación. El Especialista en los Derechos de los Miembros puede trabajar con usted durante todo el proceso de quejas y apelaciones para intentar encontrar una solución viable.

**Para obtener ayuda con el proceso de queja y apelación, comuníquese con uno de nuestros especialistas en derechos de los miembros de *Inclusa*:**

*Inclusa*

Especialista en los derechos de los miembros

[Address]

Línea gratis: 1- 877-622-6700

TTY: 711 o 1-715-204-1799

Corro electrónico (e-mail): [memberrelations@inclusa.org](mailto:memberrelations@inclusa.org)

Si usted puede resolver sus inquietudes trabajando directamente con su equipo de cuidado o un especialista en derechos de los miembros, Family Care le ofrece varias maneras de abordar sus inquietudes. Usted puede:

- Presentar una queja o apelación con *Inclusa*.
- Solicitar una revisión al Department of Health Services (DHS) de Wisconsin.
- Solicitar una Audiencia Imparcial Estatal con el Division of Hearings and Appeals (DHA) de Wisconsin.

**Cada manera de apelar tiene sus propias reglas, procedimientos y plazos.**

Este manual le habla acerca de todas las maneras en que usted puede presentar una queja o apelación, lo cual puede ser confuso. Usted no tiene que saber o entender toda la información en este capítulo, porque hay personas disponibles para ayudarlo.

Si usted tiene un tipo de inquietud en particular que no sabe cómo resolver, le puede preguntar a su equipo de cuidado o a uno de los especialistas en los derechos de los miembros de *Inclusa*.

Hay programas de Mediadores (Ombudsman) disponibles para ayudar a todos los miembros de familia con quejas y apelaciones. Consulte la página **xx** para información de contacto. Usted también puede tener a un familiar, amigo, abogado o defensor ayudándole. Un especialista en derechos de los miembros puede darle información acerca de otros lugares que también le pueden ayudar.

### **Copias de sus registros**

Usted obtener una copia gratuita de sus registros si lo considera necesario para ayudar con su queja o apelación. Para solicitar copias de comuníquese con *Member Relations* 877-622-6700

---

Usted no se va a meter en problemas si se queja o está en desacuerdo con su equipo de cuidado o proveedores. Si usted presenta una queja o apelación contra *Inclusa*, o el estado de Wisconsin, no se le trataría diferente. Queremos que usted esté satisfecho con su cuidado.

---

## **Quejas**

### **¿Qué es una queja?**

Una queja es cuando usted no está satisfecho con *Inclusa*, uno de nuestros proveedores, o tiene alguna inquietud sobre la calidad de su cuidado o servicios. Por ejemplo, usted podría presentar una queja si:

- Su trabajador de cuidado personal a menudo llega tarde.
- Usted siente que su equipo de cuidado no lo escucha.
- Usted tiene dificultad para conseguir citas con un proveedor.
- Usted no está satisfecho con los productos para la incontinencia de su proveedor.

### **¿Quién puede presentar una queja en mi nombre?**

Su representante autorizado, como un guardián legal o una persona con poder notarial para cuidado médico, puede presentar una queja por usted. Su familia, un amigo o un proveedor puede presentar una queja por usted si tiene su permiso por escrito.

### **¿Cuál es la fecha límite para presentar una queja?**

Usted puede presentar una queja en cualquier momento.

### **¿Cuáles son mis opciones?**

Si desea presentar una queja, tiene dos opciones. Usted puede:

- 1.) Comience por presentar una queja con *Inclusa*.  
→ Vea la Opción 1, en la página **xx**.
- 2.) Comience por solicitar una revisión realizada por DHS.  
→ Vea la Opción 2, en la página **55**.

Puede usar la opción 1 y/o la opción 2 juntas o en diferentes ocasiones.

### **QUEJAS OPCIÓN 1: Presente su queja con *Inclusa***

*Inclusa* quiere que usted se sienta satisfecho con los cuidados y servicios que recibe.

Uno de nuestros especialistas en derechos de los miembros puede trabajar con usted y su equipo de cuidado para tratar de resolver sus inquietudes de manera informal. A menudo, podemos resolver nosotros mismos sus inquietudes. Sin embargo, si no podemos resolver sus inquietudes, usted puede presentar una queja con *Inclusa* llamando o escribiendo a:

*Inclusa*  
Attn: Member Relations  
3349 Church Street, Suite 1  
Stevens Point, WI 54481  
Llamada gratis: 1-877-622-6700  
TTY: 711 o 1-715-204-1799  
Correo electrónico (e-mail): [memberrelations@inclusa.org](mailto:memberrelations@inclusa.org)

### **¿Qué pasa después?**

Si usted presenta una queja con *Inclusa*, le enviaremos una carta dentro de cinco días hábiles para hacerle saber que hemos recibido su queja. Entonces, el personal de *Inclusa* que no es parte de su equipo de cuidado tratará de abordar de manera informal sus inquietudes o idear una solución que satisfaga a ambos *Inclusa* y a usted. Si no podemos hallar una solución, o si no quiere trabajar con el personal de *Inclusa* para abordar sus inquietudes de una manera informal, nuestro Comité de Quejas y Apelaciones revisará su queja y emitirá una decisión.

- El comité está compuesto por representantes de *Inclusa* y al menos un "consumidor". El consumidor es una persona que también recibe servicios de nuestra parte o representa a alguien que los recibe. A veces otras personas que se especializan en el tema de su queja podrían ser parte del comité.
- Le dejaremos saber cuándo el comité planea reunirse para revisar su queja.
- La reunión es confidencial. Usted puede pedir que el consumidor no esté en el comité, si le preocupa la privacidad o si tiene otras inquietudes.
- Usted tiene el derecho de aparecer en persona. Usted puede traer a un abogado, amigo, miembro de la familia o testigos con usted.
- El comité le dará la oportunidad de explicar sus inquietudes. Usted puede proporcionar información al comité.
- Su equipo de cuidado u otro miembro del personal de *Inclusa* probablemente estará en la reunión.
- La comisión tomará una decisión dentro de 20 días hábiles a partir de la fecha en que recibimos su queja. Usted recibirá notificación de la decisión por escrito.

### ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión del comité de quejas y apelaciones?

Si no está de acuerdo, puede pedir una revisión a DHS, a menos que ya lo haya hecho. También puede hablar con uno de nuestros especialistas en derechos de los miembros o con un abogado para asesoramiento sobre otras opciones.

### QUEJAS OPCIÓN 2: Pida una revisión a DHS

Usted también puede pedirle a DHS que revise su queja antes, después o en lugar de presentar una queja con *Inclusa*. DHS es la agencia a cargo del programa Family Care. El propósito de una revisión realizada por DHS es ver si *Inclusa* puede hallar una solución informal.

Sus inquietudes pueden resolverse a menudo directamente con *Inclusa* antes de pedir a DHS que revise la situación. Utilizar el proceso de quejas de *Inclusa* no es un requisito, pero se le alienta a usarlo.

**Para pedir una revisión a DHS, llame o envíe un mensaje por correo electrónico a:**

DHS Family Care Grievances  
Llamada gratis: 1-888-203-8338  
Correo electrónico (e-mail): [dhsfamcare@wisconsin.gov](mailto:dhsfamcare@wisconsin.gov)

### ¿Qué pasa después?

DHS trabaja con una organización externa contratada por DHS llamada "MetaStar" para revisar las quejas. Si usted le pide una revisión a DHS, MetaStar será quien le contacte.

- MetaStar le contestará por escrito para hacerle saber que recibieron su queja.
- Le pedirán información sobre sus inquietudes. También se comunicarán con su equipo de cuidado. MetaStar tratará de resolver sus inquietudes de una manera informal.
- **MetaStar no emitirá una decisión.** En cambio, revisarán sus inquietudes y tratarán de llegar a una solución de una manera informal que sea aceptable para usted y *Inclusa*.
- Si MetaStar le dice a DHS que *Inclusa* no cumplió con ciertos requisitos, DHS podría ordenarnos a tomar medidas para solucionar el problema.
- MetaStar completará la revisión y le enviará una carta con sus resultados dentro de los 20 días hábiles siguientes a su solicitud.

### ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la revisión de DHS?

Si no está satisfecho con el resultado de la revisión de DHS, usted puede presentar una queja con *Inclusa*, si ya no lo ha hecho. También puede hablar con uno de nuestros especialistas en derechos de los miembros o con un abogado para asesoramiento sobre otras opciones.

## Apelaciones

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud de reconsideración de una decisión tomada por *Inclusa*. Por ejemplo, puede presentar una apelación si su equipo de cuidado se niega a proporcionarle un servicio o a brindarle el apoyo que usted solicitó. Otros ejemplos son las decisiones para reducir o cancelar un servicio, o negarle el pago por un servicio.

### ¿Quién puede presentar una apelación en mi nombre?

Su representante autorizado, como un guardián legal o una persona con poder notarial para cuidado médico, puede presentar una apelación en su nombre. Su familia, un amigo o un proveedor pueden presentar una apelación en su nombre si tienen su permiso por escrito.

### ¿Qué tipos de problemas puedo apelar?

Usted tiene derecho a presentar una apelación en los siguientes tipos de situaciones:

- 1.) Usted puede presentar una apelación si *Inclusa*:
  - Planea parar, suspender o reducir un servicio autorizado que actualmente recibe.
  - Decide rechazar un servicio que usted solicitó y que es parte del conjunto de los beneficios de Family Care.\*
  - Decide no pagar por un servicio que es parte del conjunto de los beneficios de Family Care.\*

Si tomamos una de las acciones mencionadas anteriormente, le tenemos que enviar un "**Aviso de acción**". El Aviso de Acción incluye la fecha en que tenemos la intención de parar, suspender o reducir sus servicios. Para ver una muestra del Aviso de Acción, vaya al apéndice 7.

\*Nota: El Family Care proporciona los servicios indicados en la tabla del conjunto de beneficios (consulte la página 20). Si solicita un servicio que no está en la lista, *Inclusa* no tiene que proporcionar o pagar por el servicio. Consideraremos su petición, pero si nos negamos, usted no puede apelar nuestra decisión. Le enviaremos una carta para notificarle que el servicio que ha solicitado no es parte del conjunto de beneficios.

- 2.) Usted puede presentar una apelación si:
  - No le gusta su plan de cuidado debido a que:
    - No lo apoya a vivir en el lugar donde quiere vivir.



- No le provee suficiente cuidado, tratamiento o apoyo para satisfacer sus necesidades e identificar sus resultados. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los resultados.)
- Requiere que acepte cuidado, tratamiento o artículos de apoyo que usted no quiere o cree que son innecesariamente restrictivos.
- **Inclusa** no cumple con:
  - Organizar o prestar servicios de manera oportuna.
  - Los plazos necesarios para resolver la apelación.

En estas situaciones, **Inclusa** le enviará una notificación de sus derechos de apelación.

3.) Usted puede presentar una apelación relacionada con las decisiones acerca de su elegibilidad para Family Care.

- Por lo menos una vez al año, un trabajador de la agencia de mantenimiento de los ingresos revisará su información para asegurarse de que usted es todavía financieramente elegible para el Family Care. Si usted tiene un costo compartido, la agencia de mantenimiento de los ingresos también se asegurará de que está pagando la cantidad correcta.

Si la agencia de mantenimiento de los ingresos decide que ya no es financieramente elegible para Family Care, o decide que su costo compartido va a cambiar, la agencia le enviará una notificación con información sobre su elegibilidad para el Family Care. Estos avisos tendrán las palabras "Acerca de sus beneficios" en la primera página. La última página tiene información sobre su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal con State Fair Hearing with the Division of Hearings and Appeals.

- Si su elegibilidad funcional para Family Care cambia, usted recibirá una notificación por escrito.

**Presentar una apelación con la Division of Hearings and Appeals es la única manera de disputar las decisiones de elegibilidad financiera y funcional de Family Care.** Esto incluye decisiones sobre su costo compartido. Consulte la página **xx** para más información.

### ¿Cuál es la fecha límite para presentar una apelación?

- Debe presentar su apelación tan pronto como sea posible.
- **Inclusa** le enviará un Aviso de Acción si nosotros:
  - Planeamos parar, suspender o reducir un servicio autorizado que esté recibiendo.
  - Le negamos un nuevo servicio que pidió y el servicio es parte de los beneficios de Family Care.
  - No pagamos por un servicio que es parte del conjunto de beneficios de Family Care.

**Usted debe presentar su apelación a más tardar 45 días después de recibir el Aviso de Acción.** (Por ejemplo, si tiene un aviso por correo el 1 de agosto, usted debe presentar su apelación en o antes del 15 de septiembre.)

Si usted recibe una notificación de sus derechos de apelación, debe leer este aviso cuidadosamente. El aviso le dirá la fecha límite para presentar su apelación. Usted siempre puede llamar a uno de nuestros especialistas en los derechos de los miembros para obtener ayuda.

### ¿Cuáles son mis opciones?

Si desea presentar una apelación, usted tiene tres opciones. Usted puede:

- 1.) Empezar por presentar una apelación con *Inclusa*.  
→ Vea la Opción 1, página xx.
- 2.) Empezar por pedirle a DHS que revise nuestra decisión.  
→ Vea la Opción 2 (página xx) Si quiere presentar una apelación con DHS.
- 3.) Empezar por presentar una apelación con el Division of Hearings and Appeals (DHA) estatal.  
→ Vea la Opción 3 (página xx) si quiere presentar una apelación con DHA.

#### **Cada opción tiene sus propias reglas, procedimientos y plazos.**

Usted no puede presentar una apelación ante *Inclusa*, o el Department of Health Services (DHS) de Wisconsin, **y** solicitar una audiencia imparcial al Division of Hearings and Appeals (DHA) al **mismo** tiempo.

Usted puede presentar una solicitud para una audiencia imparcial en vez de, o después de que reciba la decisión de la apelación ante la *Inclusa*.

Si desea que **ambos** *Inclusa* y DHA revisen su problema, entonces usted tiene que presentar su apelación con *Inclusa* **antes** de presentar una solicitud para una audiencia imparcial con DHA. Una vez que usted presenta una apelación con DHA, no puede presentar la misma apelación con *Inclusa*.

**Una apelación con DHA es el último nivel de apelación.**

---

## Continuar sus servicios durante su apelación

Si *Inclusa* decide parar, suspender o reducir un servicio que usted recibe actualmente, usted tiene el derecho de solicitarle a *Inclusa*, DHS o DHA que sus servicios continúen durante su apelación.

Si desea que sus servicios continúen, usted tiene que:

- Poner un sello de correo o enviar por fax su apelación **en o antes** de la fecha en que *Inclusa* planea parar, suspender o reducir sus servicios; **Y**
- Solicitar que sus servicios continúen durante el transcurso de su apelación.

No importa qué opción(es) de apelación usted utiliza, si quiere que sus servicios continúen, usted tiene que hacer esa petición en todos los niveles de su apelación. Por ejemplo, si sus servicios continuaron durante una apelación con *Inclusa* y usted pierde la apelación, usted tiene que una vez más solicitar que sus servicios continúen si usted presenta una apelación con DHS o DHA.

La decisión final de la apelación pueda no ser a su favor. Si eso sucede, **usted tal vez tenga que pagar a *Inclusa* por el servicio que usted recibió durante el proceso de apelación.** Si usted puede demostrar que esto sería una carga económica considerable para usted, tal vez no tenga que pagarnos para atrás.

---

Si desea que alguien le ayude a presentar una apelación, usted puede hablar con uno de los especialista en derechos de los miembros de *Inclusa*. Un intercesor (*advocate*) también puede ayudarle. Un intercesor podría ser un miembro de la familia, amigo, abogado, mediador (ombudsman) o cualquier otra persona dispuesta a ayudarle. Los programas de mediadores (ombudsman program) están disponibles para ayudar a todos los miembros de Family Care con apelaciones. Consulte la página **xx** para más información sobre cómo comunicarse con un intercesor (*advocate*).

### APELACIÓN OPCIÓN 1: Presentar una apelación con *Inclusa*

Para presentar una apelación con *Inclusa* usted puede:

- **Llame a *Inclusa*.** Si usted presenta su apelación mediante una llamada telefónica, le pediremos que envíe una solicitud por escrito. Si usted desea, un especialista en derechos de los miembros puede ayudarle a poner su apelación por escrito.
- **Envíe por correo o fax un formulario de solicitud.** Vea Apéndice 5 (página **83**) para una copia del formulario de solicitud. O puede ir en línea y obtener el formulario: [www.dhs.wisconsin.gov/LTCare/Memberinfo/MCOrequest.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/LTCare/Memberinfo/MCOrequest.htm).
- **Escriba su petición en una carta o en un trozo de papel** y envíela por correo o fax a la siguiente dirección.

**Para presentar una apelación con *Inclusa*, llame a:**

Inclusa  
Member Relations  
877-622-6700  
TTY: 1-715-204-1799

**O, envíe un formulario de solicitud completo, carta o nota escrita a:**

Inclusa  
Member Relations  
3349 Church Street, Suite 1  
Stevens Point, WI 54481

Email: [memberrelations@inclusa.org](mailto:memberrelations@inclusa.org)

**¿Qué pasa después?**

Si presenta una apelación con *Inclusa*, le enviaremos una carta dentro de cinco días hábiles para hacerle saber que hemos recibido su apelación. Entonces, vamos a intentar abordar sus inquietudes de una manera informal o idear una solución que satisfaga a *Inclusa* y a usted. Si no podemos idear una solución o si no quiere trabajar con personal de *Inclusa* para abordar sus inquietudes de una manera informal, nuestro Comité de Quejas y Apelaciones se reunirá para revisar su apelación.

- Le dejaremos saber cuándo tiene previsto el Comité reunirse para revisar su apelación.
- El Comité está compuesto por representantes de *Inclusa* y al menos un "consumidor". El consumidor es una persona que también recibe servicios de nuestra parte o representa a alguien que los recibe. A veces otras personas que se especializan en el tema de la apelación podrían ser parte del Comité.
- La reunión es confidencial. Usted puede pedir que el consumidor no esté en el Comité, si le preocupa la privacidad o si tiene otras inquietudes.
- Usted tiene el derecho de aparecer en persona. Usted puede traer un abogado, amigo, miembro de la familia o testigos con usted.
- Su equipo de cuidado u otros miembros del personal de *Inclusa* probablemente estarán en la reunión.
- El Comité le dará la oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo con la decisión de su equipo de cuidado. Usted o su representante puede presentar información, testigos o describir sus inquietudes para ayudar al Comité a entender su punto de vista.
- Después de que el Comité escuche su apelación, *Inclusa* le enviará una carta con la decisión dentro de 20 días hábiles después de que recibimos su apelación. *Inclusa* puede tardar hasta 30 días hábiles para emitir una decisión si:
  - Usted pide más tiempo para dar la información al Comité, o

- Necesitamos más tiempo para reunir información. Si necesitamos tiempo adicional, le enviaremos un aviso por escrito informándole de la razón de la demora.

### **Apelación acelerada**

*Inclusa* tiene 20 días hábiles para decidir su apelación. Si usted cree que esperar la cantidad de tiempo estándar podría perjudicar seriamente su salud o la capacidad para llevar a cabo sus actividades cotidianas, usted puede solicitarnos acelerar su apelación. A esto lo llamamos una "Apelación acelerada". Puede solicitarnos apresurar la apelación si cree que esperar por una decisión podría perjudicar seriamente su salud o su habilidad de funcionar. Si usted nos solicita apresurar su apelación, decidiremos si su salud requiere una apelación acelerada. Le dejaremos saber tan pronto como sea posible si vamos a apresurar su apelación.

En una apelación acelerada, usted recibirá una decisión sobre su apelación dentro de las 72 horas de su solicitud. Sin embargo, *Inclusa* puede extender esto a un total de 14 días si es necesario más información y si el retraso es para su propio beneficio. Si usted tiene información adicional que desea que consideremos, necesitará presentarla rápidamente.

**Para solicitar una apelación acelerada, comuníquese con:**

Inclusa  
Attn: Member Relations  
3349 Church Street, Suite 1  
Stevens Point, WI 54481  
E-mail: [MemberRelations@inclusa.org](mailto:MemberRelations@inclusa.org)

Or call:

Toll Free 1-877-622-6700  
TTY: 1-715-204-1799

### **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión del Comité de Quejas y Apelaciones?**

Si no está de acuerdo, puede solicitar una audiencia imparcial estatal con la Division of Hearings and Appeals (DHA) o bien, si no lo ha hecho ya, solicite una revisión realizada por DHS. Usted tiene que hacerlo en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que el Comité de Quejas y Apelaciones tomó la decisión. Usted puede presentar una apelación con DHA si *Inclusa* no emite la decisión de la apelación de una manera oportuna.

---

## **Revisiones del Department of Health Services**

**APELACIÓN OPCIÓN 2: Solicitar al Department of Health Services (DHS) revisar la decisión de *Inclusa***

El Department of Health Services (DHS) de Wisconsin es la agencia que está encargada del Family Care. DHS trabaja con una organización externa contratada por DHS llamada MetaStar para revisar las decisiones tomadas por *Inclusa*. El personal de MetaStar tratará de resolver sus inquietudes de manera informal.

**MetaStar no emitirá una decisión.** En cambio, revisará sus inquietudes y tratará de llegar a una solución informal que sea aceptable para usted y *Inclusa*.

Una revisión de DHS no resultará generalmente en DHS ordénale a *Inclusa* hacer lo que usted quiere. Ni DHS le ordenará a usted que acepte lo que *Inclusa* planea hacer. Sin embargo, si MetaStar le dice a DHS que no cumplimos con ciertos requisitos, DHS le puede ordenar a *Inclusa* tomar medidas para corregirlo.

### ¿Cómo puedo solicitar una revisión de DHS?

Usted puede solicitar una revisión de DHS llamando por teléfono o enviando un correo electrónico:

**Apelaciones del Family Care de DHS (DHS Family Care Appeals)**

Llamada gratis: 1-888-203-8338

Correo electrónico (e-mail): [dhsfamcare@wisconsin.gov](mailto:dhsfamcare@wisconsin.gov)

### ¿Cuál es la fecha límite para solicitar la revisión de DHS?

Usted puede pedirle a DHS que revise la decisión de *Inclusa* antes o en lugar de presentar una apelación con *Inclusa* o DHA.

Le debe solicitar a DHS revisar la decisión de *Inclusa* tan pronto como sea posible. Tiene que solicitar la revisión de DHS dentro de 45 días después de recibir un Aviso de Acción de *Inclusa*. (Por ejemplo, si usted recibe un aviso por correo el 1 de agosto, usted tiene que presentar su solicitud de la revisión de DHS el o antes del 15 de septiembre.)

Puede solicitar que continúen sus servicios durante la revisión si usted solicita la revisión *en o antes* de la fecha en que *Inclusa* planea parar, suspender o reducir sus servicios.

### ¿Qué pasa después?

- MetaStar le responderá por escrito para hacerle saber que recibieron su solicitud.
- Se comunicará con usted para preguntarle por qué no está de acuerdo con la decisión de *Inclusa*. También se comunicará con su equipo de cuidado. MetaStar tratará de resolver sus inquietudes de manera informal.
- MetaStar completará la revisión y le enviará una carta con los resultados dentro de 20 días hábiles de usted haber hecho su solicitud.

### ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con los resultados de la revisión de DHS?

Si no está satisfecho con el resultado de la revisión de DHS, usted puede presentar una apelación con *Inclusa*, si no lo ha hecho ya, o con la Division of Hearings and Appeals. Después de recibir la carta de MetaStar con sus resultados, tiene hasta 45 días para apelar con *Inclusa* o DHA.

---

## Audiencias imparciales estatales

### APELACIÓN OPCIÓN 3: Presentar su apelación ante la Division of Hearings and Appeals (DHA) de Wisconsin

Si usted presenta una apelación ante la Division of Hearings and Appeals (DHA) de Wisconsin, usted tendrá una Audiencia Imparcial Estatal con un Juez de Derecho Administrativo independiente. Los Jueces de Derecho Administrativo no tienen ninguna conexión con *Inclusa*. Usted puede encontrar más información sobre Audiencias Imparciales Estatales en línea en [www.doa.state.wi.us/Divisions/Hearings-Appeals](http://www.doa.state.wi.us/Divisions/Hearings-Appeals).

**Una apelación con DHA es el nivel final de apelación.** Si usted va a DHA primero, no puede presentar la misma apelación con *Inclusa* o pedir una revisión a DHS. Sin embargo, si usted solicita una Audiencia Imparcial Estatal, DHS automáticamente revisará su apelación.

#### ¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?

Para pedir una Audiencia Imparcial Estatal, usted puede:

- **Enviar un formulario de solicitud a DHA.** Una copia del formulario que se puede utilizar se encuentra en el Apéndice 5. También puede obtener una copia con el especialista en derechos de los miembros o a través de una de las organizaciones de intercesores (advocacy organizations) señaladas en este manual (consulte la página xx). O bien, vaya al sitio web para descargar el formulario en [www.dhs.wisconsin.gov/forms/f0/f00236.doc](http://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f0/f00236.doc).
- **Envíe una carta.** Incluya su nombre y la información de contacto y explique para lo que está apelando. Si usted recibió un Aviso de Acción u otra notificación de sus derechos de apelación, se recomienda incluir una copia de este aviso con su solicitud para una Audiencia Imparcial Estatal. No envíe la copia original.

Un especialista en derechos de los miembros o un intercesor (advocate) puede ayudarle a poner su apelación por escrito. Para contactar a intercesor (advocate), consulte la página xx.

#### **Para solicitar una audiencia imparcial estatal**

Envíe el formulario de solicitud completo o una carta solicitando una audiencia a:

Family Care Request for Fair Hearing  
c/o Wisconsin Division of Hearings and Appeals  
P.O. Box 7875  
Madison, WI 53707-7875  
(O envíe su solicitud por fax al 608-264-9885)

### **¿Cuál es la fecha límite para presentar una apelación con DHA?**

Debe presentar su apelación tan pronto como sea posible. Usted debe presentar su apelación dentro de los 45 días después de recibir un Aviso de Acción u otra notificación de sus derechos de apelación. (Por ejemplo, si recibe un aviso por correo el 1 de agosto, usted debe presentar su apelación el o antes del 15 de septiembre.) Si empezó el proceso de apelación mediante la presentación de una apelación con *Inclusa* y recibió una decisión con la que no está de acuerdo, tiene 45 días a partir de la fecha en que recibió esa decisión para presentar una solicitud para una Audiencia Imparcial Estatal.

Puede solicitar que sus servicios continúen durante el proceso de Audiencia Imparcial Estatal si usted presenta su apelación *en o antes* de la fecha en que el *Inclusa* planea parar, suspender o reducir sus servicios. Consulte la página **xx** para más información acerca de que continúen sus servicios.

### **¿Qué pasa después?**

- Después de que usted envía su solicitud para una Audiencia Imparcial Estatal, DHA le enviará por correo un aviso con la fecha, hora y lugar de su audiencia.
- La audiencia hará en una oficina de su condado o puede hacerse por teléfono.
- Un Juez de Derecho Administrativo ejecutará la audiencia.
- Usted tiene el derecho de participar en la audiencia. Usted puede traer un abogado, amigo, miembro de la familia o testigos con usted.
- Su equipo de cuidado u otro miembro del personal de *Inclusa* estará presente en la audiencia para explicar su decisión.
- Usted tendrá la oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo con la decisión de su equipo de cuidado. Usted o su representante puede presentar información, testigos o describir sus inquietudes para ayudar a que el Juez de Derecho Administrativo a comprender su punto de vista.
- El Juez de Derecho Administrativo tiene que emitir una decisión dentro de 90 días a partir de la fecha en que presentó una solicitud para la audiencia.

### **¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la decisión del juez de derecho administrativo?**

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de derecho administrativo, usted tiene dos opciones.

- 1.) Solicitar una nueva audiencia. Si quiere que DHA reconsidere su decisión, tiene que solicitarlo dentro de 20 días a partir de la fecha en que el Juez de Derecho Administrativo tomó la decisión. El Juez de Derecho Administrativo sólo otorgará una nueva audiencia si:
  - Usted puede demostrar que un error grave ocurrió en los hechos o la ley, o
  - Tiene nueva información que no pudo obtener y presentar en la primera audiencia.
- 2.) Llevar su caso al Tribunal Superior. Si usted quiere llevar su caso al tribunal, usted debe presentar su petición dentro de los 30 días a partir de la fecha de la decisión tomada por el Juez de Derecho Administrativo.



---

## ¿Quién puede ayudarme con mi queja o apelación?

Usted puede comunicarse con uno de los especialistas en derechos de los miembros de *Inclusa* en cualquier momento que necesite ayuda con una queja o apelación, o tenga preguntas acerca de sus derechos. Los intercesores (advocates) también están disponibles para responder a sus preguntas sobre los procesos de quejas y apelación. Un intercesor también puede explicarle más sobre sus derechos y ayudarlo a asegurarse de que *Inclusa* apoya sus necesidades y resultados. Le puede pedir a cualquier persona que usted quiera actuar como intercesor suyo, incluyendo miembros de su familia, amigos, un abogado o cualquier otra persona dispuesta a ayudar.

A continuación le indicamos algunos lugares que puede contactar para obtener ayuda. Un especialista en derechos de los miembros de *Inclusa* le puede dar información sobre otros lugares que le pueden servir de ayuda también.

### **Programas de mediadores (Ombudsman Programs)**

Los programas de Mediadores Regionales (Regional Ombudsman) están disponibles para ayudar a todos los Family Care con quejas y apelaciones. Pueden responderle a sus inquietudes de manera oportuna. Ambos programas de mediadores suelen utilizar las negociaciones informales para resolver sus problemas sin tener que recurrir a una audiencia.

#### **Wisconsin Board on Aging and Long Term Care**

Los mediadores (ombudsmen) de esta agencia proporcionan apoyo a los miembros de Family Carea mayores de 60 años de edad o más.

Board on Aging and Long Term Care  
1402 Pankratz Street, Suite 111  
Madison, WI 53704-4001  
Llamada gratis: 1-800-815-0015  
Fax: 608-246-7001  
<http://longtermcare.state.wi.us>

#### **Disability Rights Wisconsin (DRW)**

Los mediadores (ombudsman) de esta agencia proporcionan apoyo a los miembros de Family Care de menos de 60 años de edad.

Disability Rights Wisconsin  
131 W. Wilson St., Suite 700  
Madison, WI 53703  
608-267-0214  
TTY: 1-888-758-6049  
Fax: 608-267-0368

Llamada gratis desde Madison: 1-800-928-8778  
Llamada gratis desde Milwaukee: 1-800-708-3034  
Llamada gratis desde Rice Lake: 1-877-338-3724  
[www.disabilityrightswi.org](http://www.disabilityrightswi.org)

## Capítulo 9. Cancelación de su inscripción en *Inclusa*

Usted puede optar por cancelar su inscripción en *Inclusa* en cualquier momento. No podemos aconsejarlo o alentarle a darse de baja del programa Family Care debido a su situación o condición. Sin embargo, hay situaciones limitadas cuando su inscripción se cancelaría aunque no fuese ésta su elección. Por ejemplo, su inscripción se cancelaría si pierde la elegibilidad para Medicaid.

Usted continuará recibiendo cuidado a través de *Inclusa* hasta que se cancele su inscripción. Su inscripción se podría cancelar ya sea porque ya no es elegible, o porque usted ha decidido recibir sus servicios de cuidado a largo plazo fuera del programa Family Care. Esto incluiría la decisión de inscribirse en un programa de cuidado a largo plazo diferente o en una Organización de Cuidado Administrado diferente, si está disponible.

### 1.) Si desea cancelar su inscripción en Family Care.

Para cancelar su inscripción, comuníquese con el Aging and Disability Resource Center (ADRC) en su área (consulte la página **xx**) para la información de contacto del ADRC). El ADRC también le puede responder a cualquier pregunta que usted tenga sobre la cancelación de su inscripción. Si decide darse de baja del programa, también debe notificar a su equipo de cuidado.

Puede cancelar su inscripción en cualquier momento del mes o del año. Usted puede elegir la fecha de vigencia en que desea que se cancele su inscripción.

### 2.) *Inclusa* tiene que reportar la información a continuación a la agencia de mantenimiento de los ingresos. Un trabajador de mantenimiento de los ingresos determinará si usted es todavía elegible para el programa Family Care. Si se determina que ya no es elegible, se cancelará su inscripción en Family Care.

- Sus circunstancias financieras cambian, lo cual podría causar una pérdida de su elegibilidad financiera para Medicaid.
- Usted ya no es funcionalmente elegible según lo determinado por La Evaluación Funcional de Cuidado a Largo Plazo de los Adultos de Wisconsin (Wisconsin Adult Long-Term Care Functional Screen).
- Usted no paga su costo compartido. Para obtener más información sobre el costo compartido, consulte la página **xx**.
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de *Inclusa*. Si su equipo de cuidado no se puede comunicar con usted por más de 30 días, le enviaremos una carta certificada a su última dirección conocida. Si usted no responde, le informaremos a la agencia de mantenimiento de los ingresos, la cual asumirá que usted se mudó. Si se muda o se va de viaje por un tiempo, es necesario que se comunique con su equipo de cuidado. Si usted

planea mudarse dentro de Wisconsin, su equipo puede ayudarle con la continuación de los servicios en su nueva residencia, por lo que debe dejarles saber si usted tiene planes de mudarse.

- Usted está en la cárcel o en prisión.
- Usted es admitido en un Instituto para Enfermedad Mental (Institute for Mental Disease - IMD) y pierde su elegibilidad de Medicaid.
- Usted deja de aceptar servicios durante más de 30 días y no sabemos por qué. *Inclusa* le enviará una carta certificada a su última dirección conocida. Si usted no responde, le informaremos a DHS. DHS determinará si se debe cancelar su inscripción.
- Usted se niega a participar en la planificación de su cuidado y no podemos garantizar su salud y seguridad. En esta situación, vamos a trabajar con DHS para determinar si se debe cancelar su inscripción.
- Usted intencionalmente nos da información incorrecta que afecta su elegibilidad para el programa.
- Usted continuamente se comporta de una manera perjudicial o peligrosa para el personal, los proveedores y otros miembros. Esto hace difícil para nosotros brindarle cuidado a usted y a otros miembros. No podemos cancelar su inscripción por esta razón a menos que obtengamos permiso primero de DHS.

**Su membresía NO SE PUEDE cancelar porque su salud deteriore o necesita más servicios.**

**Usted tiene derecho a presentar una apelación si usted es dado de baja del programa Family Care o se cancela su inscripción en *Inclusa*.** Usted recibirá un aviso de la agencia de mantenimiento de los ingresos que le indicará el motivo por el cual se canceló su inscripción. Este aviso tendrá las palabras "Acerca de sus beneficios" en la primera página. El aviso le explicará cómo puede presentar una apelación. Consulte el capítulo 8, página xx, para más información.

# APÉNDICES

## 1. Definiciones de las palabras importantes

**Abuso** – El abuso sexual, físico o mental de una persona. El abuso también incluye negligencia, explotación financiera, tratamiento sin consentimiento y confinamiento o restricción irrazonable. Consulte el capítulo 6 (página xx) para una descripción completa de los tipos de abusos.

**Juez de derecho administrativo** – Un funcionario que lleva a cabo una audiencia imparcial estatal para resolver una disputa entre un miembro y su Organización de Cuidado Administrado o MCO. Consulte el Capítulo 8 (página xx) para más información sobre las Audiencias Imparciales Estatales.

**Directiva anticipada** – Una declaración escrita de los designios de una persona sobre el tratamiento médico. Una directiva anticipada se debe utilizar para asegurar que el personal médico cumpla esos designios si la persona no pudiera comunicarse. Hay diferentes tipos y nombres de directivas anticipadas. Testamento en vida, poder notarial para cuidado médico y orden de no resucitar (DNR) son ejemplos de directivas anticipadas. Consulte el capítulo 6 (página xx) para más información sobre directivas anticipadas.

**Intercesor (Advocate)** – Alguien que ayuda a los miembros a asegurarse de que la MCO atienda sus necesidades y resultados. Un intercesor puede ayudar a un miembro a trabajar con la MCO para resolver informalmente disputas y también puede representar a un miembro que decida presentar una apelación o queja. Un intercesor puede ser un familiar, amigo, abogado, mediador (ombudsman), o cualquier otra persona dispuesta a representar a un miembro.

**Aging and Disability Resource Center (ADRC)** – Centros de servicios que brindan información y asistencia sobre todos los aspectos de la vida relacionados con el envejecimiento o vivir con una discapacidad. El ADRC es responsable de manejar la inscripción y la dada de baja del programa Family Care.

**Apelación** – Una solicitud de revisión de una decisión. Los miembros pueden presentar una apelación cuando quieren que la MCO cambie una decisión que su equipo de cuidado tomó. Algunos ejemplos incluyen que el equipo decida: parar, suspender o reducir un servicio que el miembro actualmente recibe, negar un servicio cubierto que el miembro solicite o no pagar por un servicio cubierto. Otros tipos de apelaciones y el proceso para presentar una apelación se encuentran en el capítulo 8 (página xx).

**Activos** – Los activos incluyen, pero no se limitan a, los vehículos de motor, dinero en efectivo, cuentas de ahorros y de cheques, certificados de depósito, cuentas del mercado monetario y el valor en efectivo del seguro de vida. Los activos que tiene una persona se utiliza en parte para determinar la elegibilidad para Medicaid. Una persona debe ser elegible para recibir Medicaid para poder participar en el programa Family Care.

**Representante autorizado** – Una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones por un miembro. Un representante autorizado puede ser designado por un tribunal, una persona designada con poder notarial para cuidado médico del miembro, o un guardián de la persona.

**El conjunto de beneficios** – Servicios que están disponibles para los miembros de Family Care. Estos incluyen, pero no se limitan a, cuidado personal, cuidado de salud en el hogar, transporte, suministros médicos y cuidados de enfermería. Los servicios que un miembro recibe deben ser previamente autorizados por el equipo de cuidado e indicados en el plan de cuidado del miembro. Consulte el capítulo 4 (página xx) para una lista completa de los servicios en el conjunto de beneficios de Family Care.

**Plan de cuidado** – Un plan en curso que documenta la experiencia personal y los resultados de cuidado a largo plazo, necesidades, preferencias y fortalezas del miembro. El plan identifica los servicios que el miembro recibe de familiares o amigos e identifica los servicios autorizados que la MCO proporcionará. El miembro es fundamental para el proceso de planificación de cuidado. El equipo de cuidado y el miembro se reúnen regularmente para revisar el plan de cuidado del miembro.

**Equipo de cuidado** – Cada miembro de Family Care es asignado un equipo de cuidado. El miembro es una parte fundamental de su equipo. El equipo incluye el miembro y al menos un trabajador social (*Community Resource Coordinator*) y una enfermera registrada. Los miembros pueden escoger a alguien que ellos quieran que participe en su equipo de cuidado, como a un miembro de la familia o un amigo. Otros profesionales como un terapeuta ocupacional o físico, o un especialista en salud mental, podrían también participar, dependiendo de las necesidades del miembro. El equipo trabaja con los miembros para evaluar las necesidades, identificar los resultados y crear planes de cuidado. El equipo autoriza, coordina y supervisa los servicios.

**Elección (Choice)** – El programa Family Care apoya la elección que un miembro hace cuando se trata de recibir servicios. Elección significa que los miembros pueden opinar sobre cómo y cuándo se le proporciona cuidado. Elección también significa que los miembros son responsables de ayudar a su equipo de cuidado a identificar los servicios que sean rentables. Los miembros también pueden elegir dirigir uno o más de sus servicios mediante el manejo propio de los apoyos o SDS.

**Costo compartido** – Una cantidad mensual que algunos miembros puedan tener que contribuir para el costo de sus servicios. Costo compartido se basa en los ingresos y está determinada por la agencia de mantenimiento de los ingresos. Las personas tienen que pagar su costo compartido cada mes para permanecer elegible para Medicaid y Family Care. Consulte el capítulo 5 (página xx) para información sobre el costo compartido.

**Rentable (Cost-effective)** – La opción que apoya eficazmente los resultados de cuidado a largo plazo identificados del miembro a un costo y esfuerzo razonable. El miembro y el equipo de cuidado utilizan el proceso de Decisión de Asignación de los Recursos o RAD para determinar las maneras de apoyar los resultados de cuidado a largo plazo del miembro. A continuación, el miembro y el equipo revisan las opciones y eligen las más rentables (no necesariamente las más baratas) para apoyar los resultados del miembro.

**Department of Health Services (DHS)** – La agencia estatal de Wisconsin que administra los programas de Medicaid de Wisconsin, incluyendo Family Care.

**Revisión de DHS** – Una revisión de la queja o apelación de un miembro hecha por el Department of Health Services (DHS). DHS trabaja con MetaStar para revisar las quejas y apelaciones. MetaStar revisa las inquietudes del miembro y trata de idear soluciones de una

manera informal. Una revisión de DHS no conducirá a una decisión. Consulte el capítulo 8 (página xx) para información sobre las revisiones de DHS.

**Dar de baja/cancelación de inscripción** – El proceso de cancelación de inscripción de una persona en Family Care. Un miembro puede darse de baja de Family Care en cualquier momento. La MCO tiene que cancelar la inscripción de un miembro en determinadas situaciones. Por ejemplo, la MCO cancelaría la inscripción de un miembro si él o ella pierde la elegibilidad para Medicaid o se muda permanentemente fuera del estado. El capítulo 9 (página xx) explica el proceso de cancelación de inscripción de Family Care.

**Division of Hearings and Appeals (DHA)** – La agencia estatal de Wisconsin que atiende las apelaciones de Medicaid para Family Care. Los Jueces de Derecho Administrativo llevan a cabo las Audiencias Imparciales Estatales cuando un miembro presenta una apelación. Esta División es independiente de la MCO y DHS. Consulte el capítulo 8 (página xx) para información sobre audiencias imparciales.

**Inscribirse/inscripción** – La inscripción en Family Care es voluntaria. Para inscribirse, las personas deben comunicarse con el Aging and Disability Resource Center (ADRC) local. El ADRC determina si una persona es funcionalmente elegible para Family Care. La agencia de mantenimiento de los ingresos determina si una persona es financieramente elegible para Medicaid y Family Care. Si la persona es elegible y desea inscribirse en Family Care, él o ella debe completar y firmar un formulario de inscripción.

**Recuperación de patrimonio (Estate Recovery)** – El proceso donde el estado de Wisconsin busca reembolso por costos de servicios de Medicaid cuando la persona recibe cuidado a largo plazo financiados por Medicaid. El estado recupera dinero del patrimonio de una persona después de que la persona y su cónyuge mueren. El dinero recuperado vuelve al programa de Medicaid para ser utilizado para cuidar de otros beneficiarios de Medicaid. Consulte el capítulo 5 (página xx) para más información sobre la recuperación de patrimonio.

**Apelación acelerada** – Un proceso que los miembros pueden utilizar para acelerar su apelación. Los miembros pueden pedirle a la MCO acelerar su apelación si piensan que esperar por la cantidad de tiempo estándar podría perjudicar seriamente su salud o la capacidad de realizar sus actividades cotidianas. Consulte el capítulo 8 (página xx) para información sobre las apelaciones aceleradas.

**Family Care** – Un programa de cuidado a largo plazo para ancianos frágiles, adultos con discapacidades del desarrollo/intelectual y adultos con discapacidades físicas. Family Care proporciona servicios rentables, integrales y flexibles adaptados a las necesidades de cada miembro. El programa se esfuerza en fomentar la independencia y la calidad de vida del miembro, mientras reconoce la necesidad de interdependencia y apoyo.

**Elegibilidad financiera** – Elegibilidad financiera significa elegibilidad para Medicaid. La agencia de mantenimiento de los ingresos revisa los ingresos y activos de la persona para determinar si él o ella es elegible para recibir Medicaid. Una persona tiene que ser elegible para recibir Medicaid para poder participar en Family Care.

**Elegibilidad funcional** – La Evaluación Funcional de Cuidado a Largo Plazo de Wisconsin (Wisconsin Long Term Care Functional Screen) determina si una persona es funcionalmente elegible para Family Care. La Evaluación Funcional recopila información sobre el estado de

salud de una persona y la necesidad de ayuda en actividades tales como bañarse, vestirse y usar el baño.

**Queja** – Una expresión de insatisfacción con el cuidado, los servicios u otros asuntos generales. Los temas de las quejas incluyen la calidad del cuidado, las relaciones entre los miembros y su equipo de cuidado y los derechos del miembro. El capítulo 8 (página xx) explica las quejas, incluyendo el proceso de presentar una queja.

**Guardián** – El Tribunal podrá nombrar a un guardián para una persona si la persona no puede tomar decisiones sobre su propia vida.

**Agencia de mantenimiento de los ingresos** – El personal de la agencia de mantenimiento de los ingresos determina la elegibilidad financiera de una persona para recibir Medicaid, Family Care y otros beneficios públicos.

**Nivel de cuidado** – Se refiere a la cantidad de ayuda que una persona necesita para realizar las actividades cotidianas. Los miembros deben cumplir con un nivel de cuidado de "hogar de ancianos" o un nivel de cuidado de "no hogar de ancianos" para ser elegibles para Family Care. Los servicios disponibles para los miembros dependen de su nivel de cuidado. El capítulo 4 (página xx) indica los servicios disponibles en un nivel de cuidado de hogar de ancianos y de no hogar de ancianos.

**Cuidado a largo plazo o LTC** – Una variedad de servicios que las personas pueden necesitar como resultado de una discapacidad, envejecimiento, o una enfermedad crónica que limite su capacidad de hacer las cosas que tienen que hacer a lo largo de su día. Esto incluye cosas tales como bañarse, vestirse, preparar comidas e ir a trabajar. Los cuidados a largo plazo se pueden proporcionar en el hogar, en la comunidad o en distintos tipos de instalaciones, incluyendo hogares de ancianos e instituciones de residencia asistida.

**Resultado de cuidado a largo plazo** – Una situación, condición o circunstancia, que un miembro o el equipo de cuidado identifica que aumenta el nivel más alto de independencia de un miembro. Durante la evaluación, los equipos de cuidado trabajan con los miembros para evaluar sus necesidades de salud física y la capacidad para realizar las actividades cotidianas. El equipo utiliza esta información para determinar los resultados de cuidado a largo plazo de cada miembro. La MCO autoriza servicios basados en los resultados de cuidado a largo plazo.

Los resultados también incluyen los resultados clínicos y funcionales. Un resultado clínico se refiere a la salud física, mental o emocional de un miembro. Un ejemplo de un resultado clínico es poder respirar mejor. Un resultado funcional se refiere a la capacidad de un miembro para realizar ciertas tareas. Un ejemplo de un resultado funcional es poder bajar las escaleras.

**Organización de cuidado administrado (Managed Care Organization - MCO)** – La agencia que opera el programa Family Care.

**Medicaid** – Un programa de cuidado médico y a largo plazo operado por el Department of Health Services (DHS) de Wisconsin. Medicaid es también conocido como "Medical Assistance" (Asistencia médica), "MA" y "Title 19". Los miembros de Family Care tienen que cumplir con los requisitos de elegibilidad de Medicaid para poder ser un miembro.

**Medicare** – El programa Federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con alguna discapacidad y las personas con insuficiencia renal (insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Medicare cubre hospitalizaciones, servicios médicos, medicamentos recetados y otros servicios.

**Miembro** – Una persona que cumple con los criterios de elegibilidad financiera y funcional y que se inscribe en Family Care.

**Especialista en los derechos de los miembros** – Un empleado de la MCO que ayuda y apoya a los miembros en la comprensión de sus derechos y deberes. El especialista en derechos de los miembros también ayuda a los miembros a entender los procesos de queja y apelación y puede ayudar a los miembros que deseen presentar una queja o apelación. Consulte el capítulo 8 (página 38) para más información sobre quejas y apelaciones.

**MetaStar** – La agencia con la que el Department of Health Services (DHS) de Wisconsin trabaja para revisar las solicitudes de quejas y apelaciones y conducir las revisiones de calidad independientes de los MCO. Consulte el capítulo 8 (páginas 41 y 47) para más información sobre las revisiones de DHS.

**Apoyos naturales** – Las personas en su vida que ya eligen ayudarlo.

**Nivel de cuidado que no sea en un hogar de ancianos** – Los miembros que se encuentran en este nivel de cuidado tienen algunas necesidades de servicios de cuidado a largo plazo, pero no son elegibles para recibir servicios en un hogar de ancianos. Un conjunto más limitado de servicios de Family Care está disponible en este nivel de cuidado. Consulte el capítulo 4 (página xx) para una lista de los servicios disponibles para los miembros que se encuentran en un nivel de cuidado de no hogar de ancianos

**Aviso de acción** – Una notificación por escrito de la MCO explicando un cambio específico en el servicio y los motivos del cambio. La MCO debe enviar a los miembros un Aviso de Acción si la MCO niega la solicitud de un miembro para un servicio cubierto, si se niega a pagar por un servicio cubierto, o planea parar, suspender o reducir el servicio de un miembro. Consulte el capítulo 8 (página xx) para más información sobre las apelaciones.

**Notificación de los derechos de apelación** – Un aviso por escrito enviado a los miembros explicándoles sus opciones para presentar una apelación. MCO tiene que enviar una notificación de los derechos de apelación a los miembros si el MCO no presta los servicios de una manera oportuna o no cumple el límite de tiempo para el manejo de una apelación. Otras situaciones en las cuales los MCO envían este aviso incluyen ocasiones cuando los miembros no están satisfechos con su plan de cuidado porque el mismo no apoya sus resultados de cuidado a largo plazo o estipula que los miembros acepten el cuidado que no desean. Las agencias de mantenimiento de los ingresos envían a los miembros una notificación de los derechos de apelación cuando los miembros pierden elegibilidad financiera o funcional para Family Care. Consulte el capítulo 8 (página xx) para más información sobre las apelaciones.

**Nivel de cuidado en un hogar de ancianos** – Los miembros que se encuentran en este nivel de cuidado tienen necesidades que son lo suficientemente significativas para ser elegibles para recibir servicios en un hogar de ancianos. Un conjunto muy amplio de servicios de Family Care está disponible en este nivel de cuidado. Consulte el capítulo 4 (página xx) para obtener una



lista de los servicios disponibles para los miembros que se encuentran en el nivel de cuidado de un hogar de ancianos.

**Mediador (Ombudsman)** – Una persona que investiga informes sobre las inquietudes de los miembros y le ayuda a los miembros a resolver el problema. Derechos por Discapacidad de Wisconsin (Disability Rights Wisconsin ) proporciona los servicios de mediadores (ombudsman) a los posibles y actuales miembros de Family Care menores de 60 años. La Junta sobre el Envejecimiento y el Cuidado a Largo Plazo (The Board on Aging and Long Term Care ) proporciona los servicios de mediadores a los posibles y actuales miembros mayores de 60 años. La información de contacto de estas agencias se encuentra en la página xx.

**Resultados de experiencias personales** – Los objetivos que los miembros tienen para su vida. Un resultado de la experiencia personal de un miembro puede sentirse lo suficientemente saludable para disfrutar de las visitas con sus nietos, mientras que para otro miembro podría ser poder ser lo suficientemente independiente para vivir en su propio apartamento. Consulte el capítulo 3 (página xx) para obtener una lista de las áreas de resultado personal.

**Poder notarial para cuidado médico (Power of Attorney for Health Care)** – Un documento legal que la persona puede utilizar para autorizar a alguien a tomar decisiones específicas de cuidado médico en su nombre en caso de que alguna vez no pudiera tomar esas decisiones por cuenta propia.

**Autorización previa (Prior Approval)** – El equipo de cuidado tiene que autorizar los servicios antes de que un miembro los reciba (excepto en caso de emergencia). Si un miembro recibe un servicio, o va a un proveedor fuera de la red, el MCO no puede pagar por el servicio.

**Red de proveedores** – Las agencias y las personas que la MCO contrata para prestar servicios. Los proveedores incluyen asistentes, cuidado personal, cuidado de apoyo a domicilio, agencias de salud en el hogar, cuidado en instituciones de residencia asistida y hogares de ancianos. El equipo de cuidado tiene que autorizar los servicios del miembro antes de que el miembro pueda elegir a un proveedor del directorio. Consulte el capítulo 3 (página xx) para información sobre la red de proveedores de la MCO.

**Servicios residenciales** – Configuración de cuidado residencial incluye viviendas familiares para adultos (AFH), instalaciones residenciales basada en la comunidad (CBRF), complejos de apartamentos de cuidado residencial (RCAC) y hogares de ancianos. El equipo de cuidado debe autorizar todos los servicios residenciales.

**Proceso de decisión de asignación de los recursos o RAD** – Una opción que el miembro y su equipo de cuidado utilizan para ayudar a encontrar las maneras más efectivas y eficientes para satisfacer las necesidades de los miembros y apoyar sus resultados de cuidado a largo plazo.

**Alojamiento y comida** – La porción del coste de vida en entorno residencial de cuidado relacionado con los costos de alquiler y comida. Los miembros son responsables de pagar sus gastos de alojamiento y comida. Consulte el capítulo 5 (página xx) para información sobre alojamiento y comida.

**Manejo propio de los apoyos o SDS** – SDS es una manera en que los miembros pueden organizar, adquirir y dirigir algunos de sus servicios de cuidado a largo plazo. Los miembros

tienen una mayor responsabilidad, flexibilidad y control sobre la prestación de servicios. Con el SDS, los miembros pueden elegir tener control y responsabilidad de su propio presupuesto para servicios y pueden tener control sobre sus proveedores, incluyendo la responsabilidad de la contratación, capacitación, supervisión y despedir a sus propios trabajadores de cuidado directo. Los miembros pueden escoger dirigir uno o más de sus servicios.

**Área de servicio** – El área geográfica donde un miembro debe residir para poder inscribirse y permanecer inscritos en *Inclusa*. Consulte el capítulo 2 (página xx) para una lista de las áreas de servicios de *Inclusa*.

**Audiencia imparcial estatal** – Una audiencia realizada por un Juez de Derechos Administrativos que trabaja para la Division of Hearing and Appeals (DHA) del estado de Wisconsin. Los miembros podrán presentar una solicitud para una audiencia imparcial estatal cuando quieran apelar una decisión tomada por su equipo de cuidado. Los miembros también pueden solicitar una audiencia imparcial estatal si presentan una apelación con su MCO y no estaban satisfechos con la decisión de la MCO. Los Avisos de Acción y las notificaciones de derechos de apelación dan a los miembros información sobre cómo presentar una solicitud para una audiencia imparcial estatal. Consulte el capítulo 8 (página xx) para más información sobre las audiencias imparciales.

## 2. Definiciones de los servicios en el conjunto de beneficios de Family Care

<p><b>Definiciones de los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Waiver Service Definitions)</b> Definiciones completas disponibles a petición Estos servicios no están disponibles para los miembros en el nivel de cuidado que no tenga lugar en un hogar de ancianos.</p>
<p><b>Auxiliares para la adaptación (Adaptive aids)</b> son controles o aparatos que permiten a las personas aumentar sus habilidades para realizar las actividades de la vida cotidiana o controlar el ambiente en que viven (incluyendo grúas para pacientes, interruptores de control, etc.). Los auxiliares para la adaptación son también aquellos servicios que ayudan a las personas a acceder, participar y funcionar en su comunidad. Esto incluye modificaciones del vehículo (como ascensores para van, controles manuales) y puede incluir la compra inicial de un perro y los costos veterinarios de rutina para un perro guía. (No incluye alimentos y cuidado de veterinario para perros guías que no sea de rutina).</p>
<p><b>Servicios de cuidado diurno para adultos (Adult day care services)</b> son la prestación de servicios por una parte del día en un entorno no residencial para adultos que necesiten una experiencia social o apoyo a la salud enriquecida o que necesiten ayuda con las actividades de la vida cotidiana, supervisión y/o protección. Pueden incluir servicios de cuidado personal y supervisión, comidas ligeras, atención médica y transporte de ida y vuelta al lugar de cuidado diurno.</p>
<p><b>Auxiliares de tecnología y comunicación</b> significa un artículo, pieza de equipo o sistema de producto que aumenta, mantiene o mejora la capacidad funcional de los miembros en el hogar, trabajo y en la comunidad. Los servicios incluyen dispositivos o servicios que ayuden a los miembros a oír, hablar o ver, tales como sistemas de comunicación, audífonos, auxiliares del lenguaje, intérpretes y tecnología electrónica (tabletas, móviles, software).</p>
<p><b>Servicios de administración de cuidado</b> (también conocido como administración del caso o coordinación de los servicios) son proporcionados por un equipo de cuidado. El miembro es el centro del equipo de cuidado. El equipo consiste, al menos una enfermera y un trabajador social <i>[o el encargado de cuidado o coordinador de servicios sociales]</i>, y también puede incluir a otros profesionales según corresponda con las necesidades del miembro y su familia además de otros apoyos naturales solicitados por el miembro. Los servicios incluyen evaluación, planificación del cuidado, autorización del servicio y monitorización de la salud y el bienestar de los miembros.</p>
<p><b>Servicios consultivos clínicos y terapéuticos</b> ayudan a los cuidadores y al personal de apoyo no remunerados en llevar a cabo el plan de tratamiento o apoyo del miembro. Los servicios incluyen evaluaciones, desarrollo de planes de tratamiento a domicilio, planes de apoyo, planes de intervención, asistencia de capacitación y técnicas para llevar a cabo los planes. Los servicios también incluyen capacitación para los cuidadores y el personal que sirven a los miembros con necesidades complejas (más allá de la rutina).</p>

**Capacitación y educación al consumidor** son servicios diseñados para ayudar a una persona con una discapacidad a desarrollar habilidades de autodefensa, apoyar la autodeterminación, ejercer los derechos civiles y adquirir las habilidades necesarias para ejercer el control y la responsabilidad sobre otros servicios de apoyo. Estos servicios incluyen educación y capacitación de los miembros, sus cuidadores y representantes legales. Los gastos cubiertos pueden incluir gastos de inscripción, libros y otros materiales educativos, y transporte a los cursos de capacitación, conferencias y otros eventos similares.

**Servicios de consejería y terapéuticos** son servicios para tratar trastornos personales, sociales, físicos, médicos, de comportamiento, emocionales, cognitivos, de salud mental u otros trastornos de abusos de alcohol u otras drogas. Los servicios pueden incluir asistencia de ajuste al envejecimiento y discapacidad, ayuda con las relaciones interpersonales, terapias recreativas, arte terapia, consejería nutricional, consejos médicos, consejería de peso y consejería de aflicción.

**Formación para las habilidades de la vida cotidiana** les enseña a los miembros y a sus apoyos naturales las habilidades implicadas en la realización de las actividades cotidianas, incluyendo habilidades para aumentar la independencia del miembro y la participación en la vida comunitaria. Los ejemplos incluyen enseñanza de manejo del dinero, mantenimiento de los cuidados en el hogar, preparación de alimentos, entrenamiento de la movilidad, habilidades de autocuidado y las habilidades necesarias para acceder y utilizar recursos de la comunidad.

**Servicios diurnos (Day Services)** es la provisión de actividades programadas regularmente en un entorno que no es residencial (centro de servicios diurno) para mejorar el desarrollo social y desarrollar habilidades en la realización de las actividades cotidianas de vida en la comunidad.

**Servicios de administración financiera** ayudan a los miembros y a sus familias a administrar los dólares del servicio o administrar sus finanzas personales. Este servicio incluye una persona o agencia de pago de los proveedores de servicios después de que el miembro autoriza el pago de los servicios incluidos en el plan de manejo propio del miembro. Los servicios de gestión fiscal también incluyen ayudar a los miembros con los presupuestos de los fondos personales para asegurar que los recursos estén disponibles para la vivienda y otros gastos esenciales.

**Entrega de comidas a domicilio** (a veces llamada "*meals on wheels*") incluye los costos asociados con la compra y planificación de alimentos, suministros, equipo, mano de obra y transporte para entregar una o dos comidas al día a los miembros que no pueden prepararse u obtener comidas nutritivas sin asistencia.

**Modificaciones en el hogar** son la prestación de servicios y artículos para evaluar la necesidad, organizar y proporcionar modificaciones o mejoras a la vivienda de un miembro con el fin de proporcionar accesibilidad o aumentar la seguridad. Las modificaciones en el hogar pueden incluir materiales y servicios, tales como rampas, salva escaleras, elevadores para sillas de ruedas, modificaciones de cocina/baños, adaptaciones de accesibilidad/seguridad especializadas y activado por voz, activado por la luz, activado por el movimiento y dispositivos electrónicos que aumentan la autonomía del miembro y la capacidad para funcionar independientemente.

**Asesoramiento de viviendas (Housing Counseling)** es un servicio que ayuda a los miembros a obtener vivienda en la comunidad, donde la titularidad o el alquiler de la vivienda está separada de la prestación del servicio. Asesoría incluye explorar las opciones de alquiler, identificar los recursos financieros, identificar las preferencias de ubicación y tipo de vivienda, identificar las necesidades de accesibilidad y modificación y localizar las viviendas disponibles.

**Sistema de respuesta de emergencia personal** es un servicio que proporciona un enlace directo de comunicación (por teléfono u otro sistema electrónico) entre alguien viviendo en la comunidad y los profesionales de la salud para obtener asistencia inmediata en caso de una emergencia ambiental, emocional o física.

**Servicios pre-vocacionales** implican aprendizaje y experiencias de trabajo donde un miembro puede desarrollar fortalezas y habilidades generales, que no son para un trabajo específico y que contribuyan a la empleabilidad en un empleo remunerado en un entorno integrado de la comunidad. Estos servicios desarrollan y enseñan habilidades generales que incluyen la habilidad de comunicarse efectivamente con los clientes, compañeros y supervisores, conducta y vestido del lugar de trabajo de la comunidad generalmente aceptadas, habilidad para seguir direcciones, habilidad para atender a las tareas, capacidad de resolver problemas lugar de trabajo, seguridad en el trabajo general y entrenamiento de movilidad. Los servicios pre vocacionales están diseñados para crear un camino integrado empleo basado en la comunidad para que una persona es pagado en o por encima del salario mínimo, pero no menos que el salario normal y el nivel de beneficios pagados por el trabajo igual o similar realizado por personas sin discapacidad.

**Servicios de reubicación** son servicios y artículos que necesitaría un miembro para mudarse de una institución o una casa de familia a un arreglo de vida independiente en la comunidad. Los servicios de reubicación pueden incluir el pago para mover los objetos personales del miembro, pago por los servicios de la limpieza y la organización doméstica, pago por un depósito de seguridad, pago por los costos de conexión de los servicios públicos y cargos por instalación de teléfono, la compra del mobiliario necesario, teléfonos, utensilios de cocina/servicio, equipo de limpieza básico, artículos de uso doméstico, muebles de baño y dormitorio y electrodomésticos de cocina.

**Cuidado residencial: casa familiar para adultos con 1 a 2 camas** es un lugar en el que el operador proporciona cuidado, tratamiento, apoyo o servicios por encima del nivel de cuidado de un lugar con alojamiento y comida para un máximo de dos adultos. Los servicios incluyen típicamente cuidado de apoyo a domicilio, cuidado personal y supervisión. Los servicios también pueden incluir transporte y actividades de recreación/social, apoyo de comportamiento y social y capacitación de las habilidades de la vida cotidiana.

**Cuidado residencial: casa familiar para adultos con 3 a 4 camas** es un lugar donde 3-4 adultos que no están relacionados con el concesionario residen y reciben cuidado, tratamiento o servicios por encima del nivel de cuidado de un lugar con alojamiento y comida y que puede incluir hasta siete horas de cuidado de enfermería semanal por residente. Los servicios incluyen típicamente cuidado de apoyo a domicilio, cuidado personal y supervisión. Los servicios también pueden incluir apoyo de comportamiento y social y capacitación de las habilidades de la vida cotidiana.

**Servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad (Community-Based Residential Facility – CBRF)** es un lugar donde cinco o más adultos que no están relacionados con el operador o administrador residen y reciben cuidado, tratamiento, apoyo, supervisión, capacitación, transporte, y hasta tres horas de cuidado de enfermería semanal por residente.

**Complejos de apartamentos de cuidado residencial (RCAC)** es un entorno hogareño, basado en la comunidad donde residen cinco o más adultos en sus propias unidades separadas y distintas una de la otra. Los servicios incluyen servicios de apoyo (servicio de lavandería, limpieza de la casa), cuidado personal, servicios de enfermería (cuidado de heridas, manejo de medicamentos) y asistencia en caso de emergencia.

**Servicios de cuidado de relevo (Respite Care Services)** son servicios proporcionados a corto plazo para aliviar a la familia del miembro u otro cuidador(es) primario del estrés diario y las demandas de cuidado. El cuidado de relevo puede ser proporcionado en la casa del miembro, un centro residencial, un hospital o en un hogar de ancianos.

**Servicios de cuidado personal por cuenta propia** son servicios para ayudar a los miembros con las actividades de la vida cotidiana y los servicios de la limpieza que los miembros necesitan para vivir en la comunidad. Las actividades de la vida cotidiana incluyen ayuda para bañarse, comer, vestirse, administrar medicamentos, cuidado oral, del cabello y de la piel, preparación de comidas, pagar facturas, movilidad, ir al baño, transferencia y uso de transporte. El miembro selecciona una agencia o persona para ofrecerle sus servicios, en virtud de la orden de un médico y siguiendo su plan centrado en el miembro.

**Enfermería especializada** son servicios de enfermería especializada médicamente necesario que sólo pueden ser brindados por una enfermera de práctica avanzada, una enfermera registrada (RN) o una enfermera licenciada (LPN) que trabajen bajo la supervisión de una enfermera registrada. La enfermería especializada incluye la observación y el registro de síntomas y reacciones, técnicas y procedimientos de enfermería generales y puede incluir la evaluación periódica de la condición médica del miembro y un seguimiento continuo de la condición médica frágil o compleja de un miembro.

**Equipos y suministros médicos especializados** son aquellos artículos necesarios para mantener la salud del miembro, manejar una condición médica o física, mejorar el funcionamiento o aumentar la independencia. Los artículos permitidos pueden incluir suministros para la incontinencia, apósitos para heridas, aparatos ortopédicos, productos de nutrición enteral (alimentación por sonda), algunos medicamentos de venta libre, lociones/lubricantes para condicionar la piel recetadas, vitamina D recetada y suplementos de vitaminas o calcio y *IV Supply* médicamente necesarios.

**Agente de apoyo (Support Broker)** es la persona a la que eligen los miembros para que le ayuden en la planificación, obtención y dirección del apoyo por cuenta propia (SDS).

**Servicios de empleo con apoyo** (servicios de empleo con apoyo individual y en grupos pequeños) ayuda a los miembros que, debido a su discapacidad, necesitan apoyo constante para obtener y mantener empleo competitivo en un ambiente de trabajo integrado de la comunidad. El resultado de este servicio es un trabajo remunerado sostenido que pague igual o por encima del salario mínimo en un ambiente integrado de fuerza laboral general, en un trabajo que satisfaga las metas personales y profesionales.

- Los servicios individuales de empleo se individualizan y pueden incluir descubrimiento vocacional/relacionados con el trabajo o evaluación, planificación de empleo centrada en la persona, inserción laboral, desarrollo de trabajo, reuniones con posibles empleadores, análisis de trabajo, preparación y capacitación de trabajo, transporte, servicios o apoyo de adelanto de carrera para conseguir empleo por cuenta propia.
- Los servicios de empleo en grupos pequeños son servicios y capacitación en un ambiente de negocio, industria o comunidad para grupos de dos a ocho trabajadores con discapacidades. Algunos ejemplos incluyen los equipos móviles y otros grupos de trabajo basados en negocios que emplean a pequeños grupos de trabajadores con discapacidades en el empleo en la comunidad. Los servicios pueden incluir descubrimiento vocacional/relacionados con el trabajo o evaluación, planificación de empleo centrada en la persona, inserción laboral, desarrollo de trabajo, reuniones con posibles empleadores, análisis de trabajo, formación e instrucción sistémica, preparación y capacitación de trabajo, transporte, servicios o apoyo de adelanto de carrera para conseguir empleo por cuenta propia.

**Cuidado de apoyo a domicilio (SHC)** incluye servicios que ayudan directamente a los miembros con las actividades de la vida cotidiana y las necesidades personales para garantizar un funcionamiento adecuado en sus hogares y en la comunidad. Las actividades de la vida cotidiana incluyen vestirse, bañarse, administrar medicamentos, comer, ir al baño, asearse, movilidad, pagar facturas, uso de transporte, y quehaceres domésticos.

**Servicios de capacitación para cuidadores no remunerados** ayuda a las personas que proporcionan cuidados no remunerados, capacitación, compañía, supervisión u otro tipo de apoyo para un miembro. La capacitación incluye instrucciones sobre los regímenes de tratamiento y otros servicios incluidos en el plan de cuidado de los miembros, uso de equipo señalado en el plan de servicio, además de orientación, según sea necesario, para mantener de forma segura a los miembros en la comunidad.

#### **Transporte (transporte especializado) – comunitario y otros servicios**

- Los servicios de transporte comunitarios ayudan a los miembros a obtener acceso a servicios, actividades y recursos en la comunidad. Los servicios pueden incluir boletos o tarjetas de pasajes, así como transporte para los miembros y sus asistentes para llegar a sus destinos. Excluye el transporte de emergencia (ambulancia).
- Otros servicios de transporte ayudan a los miembros que manejan su cuidado por cuenta propia a recibir los servicios médicos que no son de emergencia, cubiertos por Medicaid. Los servicios pueden incluir boletos o tarjetas de pasajes, reembolso por kilometraje así como el transporte de los miembros y sus asistentes para llegar a su destino. Excluye transporte no médico, que se proporciona bajo transporte comunitario consulte arriba. Excluye el transporte de emergencia (ambulancia).

**Planificación y apoyo de futuros vocacionales** es un servicio de apoyo y planificación de empleo basado en el equipo y centrado en la persona que ofrece asistencia para que los miembros puedan obtener, mantener o avanzar en el empleo o empleo por cuenta propia. Este servicio puede incluir el desarrollo de un plan de empleo, análisis y apoyo de beneficios de incentivos de empleo, coordinación de los recursos del equipo, validación de objetivo de empleo y exploración de una carrera, apoyo en la búsqueda de trabajo y seguimiento y apoyo a largo plazo del trabajo.



### **3. Solicitud para la reducción del costo compartido**

*Use form (F-01827), located on DHS website at:  
<https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm>*

#### **4. Muestra de aviso de acción**

*[Insert sample Notice of Action]*

*Use form (F-00232), located on DHS website at  
[www.dhs.wisconsin.gov/LTCare/ProgramOps/noa.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/LTCare/ProgramOps/noa.htm)*

*[DHS can supply images of the forms that are size adjustable if needed for insertion as samples.]*

## 5. Formulario de solicitud de apelación de *Inclusa*

*[Insert MCO appeal request form.]*

*Use the appropriate form (F-00237) DHS website at  
[www.dhs.wisconsin.gov/LTCare/Memberinfo/MCOrequest.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/LTCare/Memberinfo/MCOrequest.htm)*

*[DHS can supply images of the forms that are size adjustable if needed for insertion as samples.]*

## 6. Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal

*[Insert State Fair Hearing Request Form.]*

*Use form (F-00236), located on DHS website at  
[www.dhs.wisconsin.gov/forms/f0/f00236.doc](http://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f0/f00236.doc)*

*[DHS can supply images of the forms that are size adjustable if needed for insertion as samples.]*

## 7. Aviso de prácticas de privacidad



### Notice of Privacy Practices

**Notice describes how health care information about you may be used and disclosed, and how you can get access to this information. Please read the notice carefully.**

We are required to protect the privacy of health care information about you, to notify you of our legal duties and privacy practices with respect to your protected health information, and to notify you following a breach of unsecured protected health information. This Privacy Notice tells you about your rights regarding information about you that is kept in health care records. You can look at this anytime to see how your health care records are used by Inclusa as part of your care, and who gets to see them.

This Privacy Notice includes answers to the following questions:

1. What is health care information?
2. Who can see health care information about you without your written authorization?
3. Who cannot see health care information about you unless you give written authorization?
4. What are your rights regarding health information about you?

#### **Changes to this Privacy Notice.**

We are required to abide by the terms of this notice currently in effect. We reserve the right to change this Privacy Notice. We reserve the right to make the changed Privacy Notice apply to the health care records we already have about you in addition to any information we receive in the future. The Member Handbook will contain the most current Privacy Notice available. You will be offered an updated Member Handbook each year. We will also post a copy of the current Privacy Notice on Inclusa's website. The effective date of the notice can be found at the bottom of the page.

#### **1. What is Health Care Information?**

Any information that can identify you and relates to your past, present, or future physical or mental health or condition; the provision of health care to you; or the past, present, or

future payment for the provision of health care to you, is considered your protected health care information. Inclusa may have health care information regarding services we provide to you or payment for services provided to you or information about your past, present, or future health condition. We are required by law to protect health care information about you. We are required to follow the policies in the most current Privacy Notice available.

Health care information about you is kept in a health care record. This health care record contains your assessments, your member-centered plan, and other information related to your care. Each time you visit or are visited by your Community Resource Coordinator, Health & Wellness Coordinator, or other professionals on behalf of Inclusa, a record of the visit is made. This health care record serves as:

- a starting point for planning your care, treatment and any needed follow-up care;
- a means of communication among your care team and the many professionals who contribute to your care;
- a means by which you or a third-party payer (for example, insurance carriers, Medicare, Medicaid) can verify that services billed were actually provided; and
- a tool that can be used to evaluate and continually improve the care given and progress made.

Understanding what is in your health care record and how your health care information is used helps you to:

- make sure health care information about you in the record is correct;
- better understand who, what, when, where, and why others may access health care information about you; and
- make better-informed decisions when you authorize health care information about you to be shared with others in situations where your consent is required to share the information.

## **2. Who Can Access Health Care Information About You Without Your Written Authorization?**

Listed below are reasons why we use and may share your health information without your written authorization:

- **For Treatment:** We are permitted to use and share health care information about you with health care individuals involved in your care. We are also permitted to share information about you with your health care providers. *For example, your Health & Wellness Coordinator may call your pharmacist to reorder medications for you.* We are permitted to use and share health information about you with providers of service under contract with Inclusa. *For example, a Community Resource Coordinator may need to speak with a transportation provider to arrange transportation for you.*
- **For Payment:** We are permitted to use and share your health care information so that the services you receive through Inclusa may be billed to, and payment collected from, your insurance company, Medicare, and/or Medical Assistance. *For example, Inclusa*

*may use health care information about you to pay a provider who has provided long-term care services to you, or Includa, or your care team may work with your Income Maintenance Worker to make sure you maintain financial eligibility for Family Care.*

- **For Health Care Operations:** We can use and share your health care information for our operations. We may use health care records to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We also may remove all information that identifies you from a set of health care information so that others may use that information to study health care and the health care delivery without learning who the specific people are. *For example, health care information may be collected and analyzed to improve the quality of our services.*
- **To Business Associates for Treatment, Payment and Quality Assurance:** We may use and share your health care information for our business operations. This using and sharing is necessary to run Includa and to make sure that all members receive quality care. We have written agreements with our business associates for administrative purposes, including payment of claims for your services or management of our member-related software system. *For example, Includa has a contract with WPS to pay claims on our behalf. WPS is considered a business associate to Includa. We have a formal written agreement with WPS to protect your health care information.*

#### Special Situations

- **Individuals Involved in Your Care or Payment of Your Care:** We may use or disclose health care information to a family member, other relative, a close personal friend, or any other person identified by you when you are present and you, based on your participation, do not object to the sharing of health care information. If you are not present, or you are not able to agree because you are hurt or experiencing an emergency, we may use our professional judgment to determine whether sharing your health care information is in your best interest. We may also share health care information about you in order to notify your family member, other relative, a close, personal friend, or an agency involved in disaster relief efforts of your location, general condition, or death.
- **As Required By Law:** We will share your health care record when required to do so by federal, state, or local law. For example, state law requires us to report abuse and neglect. If we believe you are a victim of abuse or neglect, we may share health care information about you to governmental authorities, including protective services as authorized by law to receive such reports. Another example would be during an officially declared disaster or crisis if it is necessary to help ensure your safety or your community's safety or to prevent disease. However, if you have specific preferences on how we disclose this information under these circumstances, or if you wish to opt out of any disclosure, please let us know and if we agree with the limitations, we will follow your instructions unless there is a specific legal prohibition against it.
- **Health Oversight Activities:** We will share your health care information with a health oversight agency as authorized by the law for audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary to monitor the health care system,

government programs, and compliance with civil rights laws. *For example, the State of Wisconsin's Department of Health Services contracts with an agency to provide quality oversight of Inklus. The oversight agency may conduct file reviews of records to assure compliance with contract requirements.*

- **Lawsuits and Disputes:** If you are involved in a lawsuit or a dispute, we will share your health care information in response to a court or administrative order. We may also share your health care information in response to a subpoena or other lawful process. *For example, a subpoena may require disclosure, or a judge may order us to disclose health care information about you.*
- **If You Dis-enroll and go to Another Family Care Agency:** Should you leave Inklus and sign up for Family Care through another agency, we may be asked to provide a copy of your most recent Long Term Care Functional Screen. Once the request has been verified as a legitimate request, Inklus will release the screen to them without requesting your permission.
- **Other:** If you have given someone medical power of attorney, or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action. Another exception includes organ transplants; we can also share health information about you with organ procurement organizations.

In addition, under some circumstances, we may share your health care information permitted or as required by law:

- to report and/or investigate a death (including sharing information with the coroner, medical examiners, or funeral directors)
- Worker's Compensation claims;
- for judicial and administrative proceedings;
- with protection agencies, advocacy agencies, and ombudsmen programs;
- to a facility to which you may be involuntarily committed;
- to avert a serious threat to health or safety; and
- to a law enforcement or correction agency.

Uses or disclosures of your health care information for other purposes or activities not listed above will be made only with your written permission. If you give us permission to use or share your health care information, you may cancel your permission in writing at any time. If you cancel your permission, we will no longer use or share your health care information for the reasons covered by your written permission. However, we are unable to take back anything we had given already with your permission.

### **3. Who Cannot See Health Care Information About You Unless You Give Written Authorization?**



Other than the uses and disclosures described generally above, we will not use or disclose health care information about you without authorization, or signed permission, from you or your legal decision maker. We would get authorization or signed permission from you, or your legal decision maker, by having you sign a *Release of Information for Use and Disclosure of Confidential Information Form*.

Most uses and disclosures of psychotherapy notes, uses and disclosures of protected health information for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of protected health information, require your written authorization.

Inclusa does not conduct any fundraising, marketing, or medical research. We do not sell any of your information. We do ask members to respond to a survey, provided annually, on their satisfaction with care provided by Inclusa. Participation in the survey is always voluntary and you always have the option to say no.

Inclusa is prohibited from the use or disclosure of protected health information for underwriting purposes, including your genetic information. This is required by the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008.

#### **4. What Are Your Rights Regarding Health Care Information about You?**

You have the following rights regarding the health care information we maintain about you:

- **The Right to Ask for Limitations:** You have the right to ask for a limitation on the health care information we use or share about you for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to ask for a limit on the health care information we share about you to someone who is involved in your care, or the payment for your care, such as a family member or friend. Inclusa must comply with your request to restrict disclosure of your health information to a health plan if:
  - (A) The disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and is not otherwise required by law; and
  - (B) The protected health information pertains solely to a health care item or service for which you or a person on your behalf has paid Inclusa in full.

In your request, you must tell us:

- what information you want to limit;
- whether you want to limit Inclusa's use and/or disclosure of the information;
- to whom you want the limits to apply (*for example, sharing information with your spouse*); and
- your contact address and daytime phone number.

We are not required to agree with your request, especially in those situations where your consent is not required before disclosing the information as described above. If we do agree, we will honor your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment. Inclusa will notify you in writing with our decision.

- **The Right to Request Confidential Communications:** You have the right to request that we speak with you about your services in a certain way or at a certain location. Your request must specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate all reasonable requests. *For example, you can ask that we only contact you by telephone at work or that we only contact you by mail at home.*
- **The Right to Inspect and Receive a Copy:** You have the right to inspect and receive a copy of your health care information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes case notes and billing records. Psychotherapy notes may not be seen by others or copied. We will provide you a copy or summary of your health information, usually within thirty (30) days; however, under unique circumstances we do have an option of taking a thirty (30) day extension. If there is a delay, we must notify you in writing why we need the extra time and when we think we will be able to fulfill your request. **All requests for information must be in writing. Your care team can provide you with a request form and help you fill out the request.**

If you request a copy of your health care information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing, or other supplies associated with your request. We may deny your request to see or receive a copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to your health care information, we will notify you in writing. You may request that the denial be reviewed. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will follow through with the outcome of the review.

- **The Right to Amend:** If you think there is something wrong or missing in your health care information, you may ask that it be changed. You have the right to request a change to your Inclusa, Inc. member file. You must include a reason that supports your request. We may say no to your request, but we will tell you why in writing within sixty (60) days.

We may deny your request for a change if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to change information that:

- was not created by Inclusa;
- the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- is not part of the health care information kept by or for Inclusa; or
- is accurate and complete.

Inclusa will notify you in writing whether we agree or do not agree with your amendment request.

Additionally, if we grant the request, we will make the correction and distribute it to all necessary recipients as well as those you ask to receive the corrected information. If we deny your request for a change to your health care information, we will notify you how you may file a complaint with Inclusa.

- **The Right to be Notified of a Breach of your Personal Health Information:** With the exceptions outlined under HIPAA Regulations, you have a right to be notified if your information is ever mishandled and a breach (loss) of your personal health information has occurred or has likely occurred.
- **The Right to an Accounting of Disclosures:** You have the right to request an accounting of disclosures that has been made by Inclusa in the past six (6) years. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations and certain other disclosures, such as any you asked us to make.

Your request must state a time period not longer than six (6) years and may not include dates before July 1, 2008. The first list you request within a twelve (12) month period will be free of charge. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will also notify you of the cost involved before any costs are incurred.

- **The Right to a Paper Copy of This Notice:** You have the right to receive a paper copy of this Privacy Notice. To obtain a paper copy of this Privacy Notice, contact the Inclusa Privacy Officer at (715) 204-1734.
- **The Right to Electronic Copy of This Notice:** You may obtain an electronic copy of this Privacy Notice on our website.
- **The Right to File a Complaint:** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with Inclusa's Privacy Officer by calling (715) 204-1734 or mailing the complaint to: Inclusa, Inc., Attn: Privacy Officer, 3349 Church Street, Stevens Point, WI 54481 or you may file a complaint with the Secretary of Health and Human Services at The U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, or call DHHS at 1-877-696-6775. Inclusa assures that there will be no retaliation for filing a complaint.

For more information visit: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>. You may also contact the Inclusa Privacy Officer at (715) 204-1734 or call Toll Free at 1-877-622-6700 and leave a message for the Privacy Officer.