



Transforming Lives. Building Community Well-Being.

Responsabilidades del Beneficiario de NC Innovations Waiver

Beneficiario: _____ **# Registro:** _____

Entiendo que la inscripción en la exención de Innovaciones de Carolina del Norte (NC) es voluntaria. También comprendo que, si me inscribo, recibiré servicios de exención en lugar de servicios en un centro de cuidados intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID). Mi elegibilidad para Medicaid debe continuar en Carolina del Norte para continuar siendo elegible para la exención de NC Innovations y debo continuar cumpliendo con todos los criterios de elegibilidad para la exención.

- 🌱 Entiendo que, al aceptar el financiamiento de la Exención NC Innovations, estoy en necesidad de los servicios correspondientes a dicha exención, con fin de evitar la necesidad inmediata de un centro de atención ICF-I/DD.
- 🌱 Entiendo que para mantener mi elegibilidad para este programa de exención requiero del uso de **por lo menos un servicio al mes** del programa de exención y que si no utilizo un servicio de la exención al mes pondría en peligro mi continuidad como persona elegible para el programa de exención de NC Innovations. Los servicios aprobados en mi plan de asistencia individual (ISP) se consideran necesarios para mejorar/ayudar con mi discapacidad.
- 🌱 Entiendo que los beneficiarios del programa de exención de NC Innovations, viven en hogares privados o en centros residenciales que cumplan con los requerimientos **y** servicios de la exención, así como las características de residencia y comunidad especificada en la exención.
- 🌱 Entiendo que si durante mi participación en el programa de exención decido trasladarme a un centro que cuente con más de 6 camas o que no cumpla con las características definidas en la exención, ya no seré elegible para el programa de exención.
- 🌱 Entiendo que el total de mis servicios de exención no puede exceder los \$ 135,000 en el momento de mi ingreso a la exención (a menos que esté utilizando el Nivel 3 del servicio Vida con Asistencia).
- 🌱 Entiendo que en cualquier momento durante el año de mi plan, el total de mis servicios de exención no puede exceder los \$135,000 o ya no seré elegible para la exención. La única excepción es que las personas que utilizan el nivel 3 del servicio Vida con Asistencia y pueden solicitar servicios médicamente necesarios que superan el límite típico de exención de \$ 135,000.

Beneficiario: _____ **Número de Registro:** _____

- 🌱 Entiendo que, si elijo el pertenecer a la exención de NC Innovations, se desarrollará un plan de asistencia individual (Individual Support Plan (ISP)) para mí que reflejará los servicios para satisfacer mis necesidades. Mi Administrador de Cuidados me explicará el proceso de planificación y determinación de mi presupuesto individual. Mi ISP se volverá a desarrollar anualmente antes del mes de mi cumpleaños. Entiendo que el programa de exención de NC Innovations prestará Los servicios de acuerdo con mi ISP.
- 🌱 Entiendo que se me podría requerir el pago de un deducible mensual a Medicaid, si esto es parte de mi elegibilidad financiera para Los servicios del programa exención. Mi Administrador de Cuidados me puede ayudar a obtener información sobre Los deducibles de Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales local.
- 🌱 Entiendo que cooperaré en el proceso de evaluación para incluir, entre otros, la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS®) con una frecuencia no menor a cada 2 años; la Evaluación de Necesidades de Apoyo / Riesgo de Innovaciones NC; y nivel de cuidado. Entiendo que la evaluación SIS es un requisito y el incumplimiento puede resultar en la terminación de los servicios de la exención Innovations.
- 🌱 Entiendo que mi ISP será supervisado y revisado por mi Administrador de Cuidados, y que puedo comunicarme con mi Administrador de Cuidados en cualquier momento si tengo preguntas sobre mi ISP, presupuesto individual o los servicios que recibo.
- 🌱 Entiendo que tengo derecho a elegir un proveedor dentro de la red de proveedores de Trillium.
- 🌱 Entiendo que debo reunirme con mi Administrador de Cuidados en el hogar y/o en todos los entornos donde se brindan los servicio para actividades de administración de cuidados. El Administrador de Cuidados programará reuniones con la frecuencia que sea necesaria para garantizar que se satisfagan las necesidades de los beneficiarios y la implementación adecuada del servicio. También puedo solicitar reuniones.
- 🌱 Entiendo que debo notificar al Administrador de Cuidados de cualquier inquietud relacionada con los servicios que estoy recibiendo.
- 🌱 Entiendo que debo notificar adecuadamente al Administrador de Cuidados de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, estado de seguro médico y/o situación financiera antes o inmediatamente después del cambio.
- 🌱 Entiendo que debo notificar adecuadamente al Administrador de Cuidados de cualquier cambio comportamiento o medicamento, así como cualquier cambio en mi condición de salud.

Beneficiario: _____ **Número de Registro:** _____

- 🌱 Entiendo que debo asistir a las citas establecidas por el Departamento de Servicios Sociales (DSS) para determinar las renovaciones de Medicaid y garantizar la continuidad de mi elegibilidad para Medicaid.
- 🌱 Entiendo que se me proporcionará una copia de la información educativa sobre la exención de NC Innovations para ayudarme a comprender los servicios disponibles a través de la exención de NC Innovations y las pautas que se deben seguir para asegurar la continuidad de elegibilidad.
- 🌱 Entiendo que Trillium es responsable de garantizar la disponibilidad de una red de agencias proveedoras para promover las opciones al beneficiario.
- 🌱 Entiendo que Trillium pondrá a disposición un Administrador de Cuidados para brindar apoyos de administración de cuidados que incluyen:
 1. Evaluación para determinar las necesidades de servicio incluyendo, pero no limitado, a la Evaluación de Necesidades de Apoyo y/o Riesgo de NC Innovations.
 2. Trabajar con el equipo de planificación de soporte individual para coordinar y documentar el plan de asistencia individual (ISP).
 3. Solicitar servicios que sean solicitados por el beneficiario.
 4. Dar a conocer a los beneficiarios el monto de su Presupuesto Individual y el proceso utilizado para establecer este presupuesto y realizar los cambios necesarios, así como el derecho a solicitar servicios por encima del Presupuesto Individual.
 5. Monitorear todos los servicios autorizados para asegurar que se brinden como se describe en el ISP y que satisfagan las necesidades del beneficiario.
 6. Ayudar al beneficiario con la coordinación de los beneficios a través de Medicaid y otros recursos que se podrían incluir, si fuera necesario, ser el enlace, con el Departamento de Servicios Sociales local para la coordinación de los deducibles de Medicaid
 7. Responder a las quejas o inquietudes sobre los servicios de exención NC Innovations y alcanzar una solución dentro de los 30 días subsiguientes de la fecha de la queja o inquietud.
 8. Promover la facultad del beneficiario para liderar la mayor parte en su Plan de Asistencia Individual, la toma de decisiones con respecto al uso de los dólares de exención y la supervisión de los servicios de la exención que elija.
 9. Obtener una orden del médico del beneficiario para todos los suministros médicos necesarios y equipo especializado.

Beneficiario: _____ **Número de Registro:** _____

10. Asistir al beneficiario a obtener la información necesaria para que pueda realizar una elección informada sobre el proveedor dentro de la red de Trillium, incluyendo notificar Departamento de Administración de la Red si se necesitan proveedores fuera de la red actual de Trillium Health Resources.

Firma de la persona / Persona legalmente responsable

Fecha

Firma del Representante de Trillium

Fecha