Aplicación de exención para niños medicamente compleja

Utah Department of Health & Human Services
Integrated Healthcare

Instrucciones para la Applicacion para ninos con complejidaes medicas

La Legislatura del estado de Utah autorizó la Exención para niños médicamente complejos (el programa) como un programa continuo (HB100, Sesión general de 2018). Los niños inscritos en este programa tendrán acceso a los servicios de relevo, y servicio tradicional de Medicaid. Las solicitudes se aceptarán de forma continua. Antiguamente se llenan los espacios abiertos, los aplicacions serán trasladados a una lista de espera.

Para calificar, un niño debe cumplir con los siguientes criterios:

- Tener 18 años de edad o menos.
- Tener 3 o más médicos especializados distintos además de su proveedor de atención primaria. Visto en los últimos 24 meses. (Ejemplo: Neurólogo, Cardiólogo, Neumólogo, etc.) **Varios proveedores dentro de la misma especialidad contarán como una especialidad.
- Tener complejidad médica que involucre 3 o más sistemas de órganos.
- Ninos que no cumplen con los hitos apropiados para su edad para sus actividades de la vida diaria; esto incluye comer, ir al baño, vestirse, bañarse y moverse.
- Cumplir con la puntuación médica minima demostrando un nivel de complejidad médica basado en un combinación de necisidad de soporte basado en dispositivos, alta utilización de terapias y tratamientos médicos y necisidad frecuente de intervención médica.
- Los niños que tienen una designación de discapacidad de SSI a través de la SSA o una determinación de discapacidad por parte de la Junta Estatal de Revisión Médica, esto se coordinará como parte del proceso de solicitud de MCCW.

Para ser considerado para participar, esta aplicación debe estar completa y incluir los adjuntos requeridos. Estaremos solicitando una copia del historial más reciente y el examen físico o exámenes de niño sano. Esta documentación debe incluir antecedentes médicos y quirúrgicos, lista de problemas o diagnósticos, lista de medicamentos activos, alergias, signos vitales, examen físico y un plan de atención. Nosotros preguntaremos el proveedor de atención primaria que complete un formulario de certificación.

La información presentada debe ser del período de 24 meses inmediatamente anterior al mes de la aplicación de inscripción en el programa (o menos, si el solicitante es menor a 24 meses de edad). Toda la información de la salud será verificada con la documentación médica por personal clínico de Medicaid.

Si tiene varios hijos en su familia que desea inscribir en el programa, deberá llenar una Aplicación separada para cada uno.

Además de esta aplicación, serás requerido que presente documentación de apoyo adicional. Esta documentación debe ser suficiente para validar la información de esta aplicación. Sin la documentación de apoyo, su aplicación NO SE CONSIDERARÁ COMPLETA.

Aplicación de exención para niños medicamente compleja

Utah Department of Health & Human Services
Integrated Healthcare

Su documentacion de apoyo debe incluir:

1. Autorización para Divulgar Información de Salud.
2. Debe proporcionar una copia de la historia mas reciente del niño y del examen físico realizado por por un proveedor con licencia de MD/DO completado en los últimos 24 meses. Las notas Clinicas deben apoyar la aplicación.
3. Si el solicitante tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP), incluya el IEP.

Para que sean consideradas las aplicaciones deben llenarse completamente. NO SE ACEPTARÁN APLICACIONES INCOMPLETAS. Nosotros estaremos aceptando las aplicaciones en línea, por correo o fax utilizando la siguiente información de contacto.

WEBSITE: https://medicaid.utah.gov/ltc-2/mccw/ FAX: 801-323-1593

*MAIL: Utah Department of Health and Human Services Medically Complex Children's Waiver
Office of Long Term Services and Supports PO Box 143112
Salt Lake City, Utah 84114-3112

* Si envía esta solicitud por correo de USPS, debe tener matasellos de la fecha de envío. Tenga en cuenta que esto requerirá que vaya a la oficina de correos y solicite que el sobre tenga matasellos.

Por favor tenga en cuenta que la aplicación para este programa es un proceso de dos pasos que incluyen: 1) Elegibilidad del programa y 2) Elegibilidad financiera. El propósito de esta aplicación es determinar si su niño cumple con los requisitos específicos Del programa. Para determinar si su niño cumple con el criterio de elegibilidad financiera,
Se requiere que llene una aplicación para Medicaid en el Departamento de Servicios (o DWS en inglés). Sólo se tomarán en cuenta los ingresos y bienes del niño para determinar su elegibilidad financiera.

Si su hijo es seleccionado para participar en el programa, el Departamento se comunicará con usted para que complete la parte de elegibilidad financiera de la solicitud. También puede encontrar información adicional sobre la elegibilidad financiera en:

https://medicaid.utah.gov/apply-medicaid

Para más información por favor contactar al Departamento de Salud del estado de Utah por el número de discado gratuito: 1-800-662-9651, opción 5

Correo electrónico: mccw@utah.gov

Las aplicaciones NO SERÁN ACEPTADAS por correo electrónico. Por favor, no envíe ninguna información privada de salud a esta dirección de correo electrónico.

Utah Department of
Health & Human Services
Integrated Healthcare

Información del aplicación

Por Favor llenar todo lo posible de esta sección así podamos identificar y contactar con respecto al estado de su aplicación.

Nombre del niño/a:			
	Apellidos	Primer Nombre	Inicial 2do Nombre
Nombre del Padre/Madre:			
	Apellidos	Primer Nombre	Inicial 2do Nombre

Fecha de nacimiento del niño/a	Sexo del niño/a:	Hombre ☐	☐ Mujer

Dirección:		
	Calle / Avenida	*# Apartamento o Unidad*

	Ciudad	Estado	Código Postal

# Teléfono de Domicilio:		# Teléfono Alterno:	
Correo electrónico:			

Intervenciones y consultas médicas frecuentes:

¿Quién es el proveedor médico principal de su hijo? _____

¿Cuál es la frecuencia con la que su hijo ha visto a este proveedor?_____

¿Indique la última vez que su hijo vio a este proveedor? _____

Aplicación de exención para niños medicamente compleja

Utah Department of Health & Human Services
Integrated Healthcare

Please provide a list of your child's care team that your child has seen in the past 24 months. (These are in addition to your primary care provider). If additional lines are required, please attach a separate sheet:

Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*
Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*
Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*
Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*
Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*
Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*
Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*
Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*
Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*
Nombre del medico	*Especialidad*	Condición/Diagnóstico	*Fecha de La última vez que lo vio el proveedor*

Please list any additional diagnoses:

Aplicación de exención para niños medicamente compleja

Utah Department of Health & Human Services
Integrated Healthcare

Indique si su hijo tiene una dependencia prolongada de dispositivos médicos, tratamientos, terapias o servicios de subespecialidad

- Indique si su hijo tiene una dependencia prolongada (más de 3 meses) de dispositivos médicos o tratamientos para apoyar el funcionamiento adecuado de los órganos
- No incluya períodos de aumento de la enfermedad en su respuesta, ya que se prevé que tales necesidades serán temporales (menos de 3 meses)

☐ Traqueotomía – con o sin humidificación

☐ Tecnología implantable; derivaciones, bombas (por ejemplo, insulina, baclofeno, estimulador del nervio vago, etc.)

**(Dispositivos que no se consideran tecnología implantable: tubos de timpanostomía (tubos auditivos) o dilatación con balón de los tubos auditivos para tratar la disfunción de la trompa de Eustaquio. DIU u otros tipos de anticonceptivos implantables, independientemente de lo que esté tratando el DIU.)*

☐ Ventilación diaria; invasivo (a través de una traqueotomía) o no invasivo (cpap, bipap, etc.)

☐ Uso diario de oxígeno

☐ Diario Succión nasal, oral, faríngea

☐ Asistencia diaria para la tos, o uso diario de chaleco de fisioterapia pectoral o tratamientos de fisioterapia pectoral manuales

☐ Monitores- cardiorrespiratorios, oxímetros de pulso, de apnea, glucómetros, etc.

☐ Catéter urinario (vesicostomía, catéter permanente o intermitente)

☐ Colostomía o programa para complejidad intestinal

☐ Incontinencia urinaria o intestinal diaria (el niño debe ser mayor de 3 años), esto no incluye incontinencia de urgencia o enuresis nocturna

☐ Enuresis nocturna (el niño debe ser mayor de 5 años

☐ Cuidado diario de heridas o cambios de apósitos estériles (NO incluye traqueostomía, vía intravenosa, estoma o sitios de sonda de alimentación)

☐ Alimentación por tubo (bolo o continuo)

☐ Convulsiones severas que requieren por lo menos intervención mínima una o más veces por mes

☐ Infusiones a través de un catéter venoso central (p. Ej., PICC, Broviac, Port-a-Cath, etc.) al menos una vez al mes

Aplicación de exención para niños medicamente compleja

Utah Department of Health & Human Services
Integrated Healthcare

Indique si su hijo tiene *dependencia* por lo menos 5 medicamentos programados al día.

☐ Administración diaria de 5 o más medicamentos de rutina.

Nombre de la medicación:	Calendario de medicación:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Indique si su hijo tiene alguna de las siguientes limitaciones funcionales o de desarrollo y / o dependencia prolongada de dispositivos de apoyo o relacionados con la movilidad (p. Ej., Aparatos ortopédicos, AFO, sillas de ruedas, sillas de ducha, cinturones de seguridad, etc.) o terapias.

Enumere los dispositivos:

1.
2.
3.
4.
5.

Aplicación de exención para niños medicamente compleja

Utah Department of Health & Human Services
Integrated Healthcare

Please check all that apply:

- [ ] Alimentación oral prolongada diaria que dura más de 30 minutos.

  (La alimentación oral prolongada diaria incluye no poder alimentarse por sí solo, arquearse o ponerse rígido durante la alimentación, negarse a alimentarse, aversión a las texturas, dificultad para masticar, toser o tener arcadas, escupir o vomitar con frecuencia, babear excesivamente la comida, etc.)

- [ ] Terapia ocupacional al menos una vez al mes
- [ ] Terapia Fisico menos una vez al mes
- [ ] Terapia del habla al menos una vez al mes
- [ ] Terapia ABA al menos una vez al mes
- [ ] El niño es legalmente sordo y / o ciego

Por favor seleccionar el artículo de abajo que mejor describe la capacidad de movilidad de su hijo/a.

- [ ] **Mi hijo es completamente inmóvil**
  No puede trasladarse ni puede efectuar ajustes ligeros de su posición sin asistencia, no puede moverse a una silla y se mantiene en posición horizontal.

- [ ] **La movilidad de mi hijo está muy limitada**
  Puede efectuar cambios ligeros en la posición corporal o de sus extremidades, pero no puede efectuar cambios frecuentes o mayores sin asistencia. No puede soportar su propio peso y/o debe ser asistido para colocarse en su silla o silla de ruedas.

- [ ] **La movilidad de mi hijo está ligeramente limitada**
  Puede efectuar cambios frecuentes pero leves en la posición corporal o de sus extremidades de manera independiente. Camina o gatea ocasionalmente durante el día, pero por distancias muy cortas, con o sin asistencia.

- [ ] **Mi hijo/a no tiene limitaciones de movilidad**
  Camina o gatea frecuentemente y puede cambiar de posición sin asistencia.

Indique con una "X" en la columna correspondiente la capacidad de su hijo para realizar tareas de cuidado personal apropiadas para su edad.			
Habilidad de autocuidado	Independiente o apropiado para la edad	Necesita ayuda (Supervisión o Asistencia Física Mínima)	Dependiente (Asistencia completa de otro)
Baños	☐	☐	☐
Vendaje	☐	☐	☐
ir al baño	☐	☐	☐
Transferir de la cama a la silla	☐	☐	☐
Caminando	☐	☐	☐
Subiendo escaleras	☐	☐	☐
Comer/Autoalimentarse	☐	☐	☐

Impacto sobre el proveedor de cuidados

Responda las preguntas a continuación para proporcionar información sobre cómo las complejas condiciones médicas de su hijo han afectado a los cuidadores familiares y las finanzas en los últimos 12 meses.

Seleccione las respuestas más aplicables de los elementos a continuación:

1. ***Con que frecuencia su hijo/a duerme 6 o más horas, sin que requiera cuidados?***

☐ Con frecuencia (4 o más veces por semana)

☐ A veces (2 o más veces por semana)

☐ Rara vez o nunca (1 vez o menos por semana)

)

2. *Con que frecuencia el proveedor de cuidados asiste a actividades fuera del hogar sin el solicitante?*

- ☐ Con frecuencia (4 o más veces por semana)
- ☐ A veces (2 o más veces por semana)
- ☐ Rara vez o nunca (1 vez o menos por semana)

3. **Con qué frecuencia los demás (miembros de la familia, ¿voluntarios, escuela, etc.) ayudan en el cuidado del niño médicamente complejo?**

- ☐ Con frecuencia (4 o más veces por semana)
- ☐ A veces (2 o más veces por semana)
- ☐ Rara vez o nunca (1 vez o menos por semana)

Si está solicitando varios hijos en su familia, por favor indique a continuación:

4. ☐ Tengo niños adicionales que reciben servicios en la Exención para niños médicamente complejos o estoy solicitando para varios niños.

Por favor indique los nombres de los niños adicionales:

_____

4. **El gasto fuera de bolsillo ANUAL de gastos médicos para los niños que estoy inscribiendo es de:**

* Los gastos médicos de bolsillo se definen como los gastos de atención médica incurridos por el solicitante. Los gastos incluyen: primas de seguro, deducibles, coseguro y copagos por servicios cubiertos, además de costos por servicios que no están cubiertos por un seguro primario o todos los costos médicos si el solicitante no tiene seguro médico. Esto puede incluir los costos de equipos y suministros médicos que no están cubiertos por el seguro.

Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a: costo de fórmula nutricional para solicitantes de más de 2 años, costo de suministros para la incontinencia para solicitantes de más de 3 años y costo de otros equipos y suministros médicos médicamente necesarios. Los gastos de bolsillo no deben incluir el costo de las modificaciones del hogar o del vehículo o artículos como asientos de seguridad para niños que de otro modo serían necesarios para la seguridad general de cualquier niño.

La auto certificación de los gastos de bolsillo puede estar sujeta a revisión y auditoría posterior al pago. En el caso de una auditoría, los solicitantes deben estar preparados para proporcionar pruebas que respalden el monto de los gastos de bolsillo reclamados.

Utah Department of Health & Human Services
Integrated Healthcare

- [ ] Menos de $7,500
- [ ] Entre $7,501 y $10,000
- [ ] Entre $10,001 y $15,000
- [ ] Entre $15,001 y $20,000
- [ ] Más de $25,001

Las preguntas que siguen están relacionadas con la forma en que el cuadro de complejidades médicas, han impactad experiencia de empleo de su familia

*Por Favor marcar **TODAS** aplicables*

- [ ] Un padre o tutor ha tenido que reducir el número de horas de trabajo para cuidar al solicitante
- [ ] Un padre o tutor ha tenido que cambiar a un trabajo de menos horas o pagar para que cuiden al solicitante
- [ ] Un padre o tutor ha tenido que dejar de trabajar para cuidar el solicitante
- [ ] Un padre o tutor tuvo que renunciar a un trabajo para cuidar al solicitante.

The next question is used to identify the medical service coverage resources available to your child.

Marque la casilla a continuación si su hijo tiene cobertura de seguro médico. Si su hijo tiene cobertura de seguro médico, enumere los proveedores de seguros a continuación.

- [ ] **Mi hijo tiene seguro médico**

Esto puede incluir coberturas de programas de fondos públicos tales como Medicaid, CHIP, Medicare, etc.

Proveedora de seguros: _____

Proveedora de seguros: _____

Utah Department of Health & Human Services
Integrated Healthcare

presentación de solicitud

Al consignar esta solicitud, certifico que la información que he dado es exacta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que dar falsa información intencionalmente es razón para que se rechace mi solicitud, o que sea terminada mi inscripción en el programa. También entiendo que mi solicitud debe estar completa para que sea considerada, y de no estar completa, será rechazada.

_____ _____

Fecha *Firma*