



North Carolina Money Follows the Person Demonstration Project
Solicitud de participación
May 2024 ed.

Información obligatoria sobre el solicitante de MFP:
Por favor, complete toda la solicitud MFP antes de enviarla.

Fecha de hoy		
Nombre del solicitante (apellidos)	Primero	Inicial del segundo nombre
Número de seguro social	Fecha de nacimiento del solicitante	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de identificación de Medicaid	Número de identificación de Medicare	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor, marque su método de contacto preferido:		
En persona	Teléfono móvil:	Correo electrónico:
¿Ha participado anteriormente el solicitante en MFP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nota: La participación en el MFP está limitada a 3 instancias de aprobación de la solicitud.		
Fecha de ingreso en esta institución:	Tipo de institución:	
	<input type="checkbox"/> Centro de enfermería especializada	<input type="checkbox"/> Hospital de cuidados intensivos
	<input type="checkbox"/> Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Centro residencial de tratamiento psiquiátrico
	<input type="checkbox"/> Otros (indíquelos aquí):	
Nombre de la institución	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal Condado
Trabajador social de la institución/ Nombre de la persona de contacto	Correo electrónico:	
	Teléfono	Fax
¿El solicitante fue ingresado en el hospital? Sí No	En caso afirmativo, fecha de ingreso	Fecha de alta del hospital

¿Ha tenido el solicitante otras estancias en un centro de cuidados de larga duración en el último año? *(Incluye centros de enfermería especializada, centros de rehabilitación, hospitales, centros de cuidados intermedios, centros de tratamiento psiquiátrico residencial y hospitales psiquiátricos estatales).*

Sí No

Estancia 1	Nombre de la institución		Dirección	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
	Fecha de admisión		Fecha de alta	
Estancia 2	Nombre de la institución		Dirección	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
	Fecha de admisión		Fecha de alta	
Estancia 3	Nombre de la institución		Dirección	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
	Fecha de admisión		Fecha de alta	

Información obligatoria sobre los puntos de contacto:

Facilitar esta información agilizará al máximo el proceso

¿Tiene el solicitante un diagnóstico de salud mental?

Sí No **Especifique:**

¿Tiene el solicitante un diagnóstico de consumo de drogas y/o alcohol?

Sí No **Especifique:**

¿Tiene el solicitante un diagnóstico de discapacidad del desarrollo?

Sí No **Especifique:**

En caso afirmativo a alguno de los diagnósticos, ¿está recibiendo el solicitante tratamiento o servicios?

Sí No **Especifique:**

Miembro(s) principal(es) de la familia u otro(s) punto(s) de contacto

Nombre:

Relación/Afiliación:

Número de teléfono/otros medios de contacto:

Tipo de autoridad

Familia/Amigo—sin
responsabilidad legal

Familia/Amigo—Tutor

Familia/Amigo — Poder notarial

Guardián organizativo

¿Asume esta persona autoridad para tomar decisiones sobre este solicitante?

Sí No Desconocido

Nombre:

Relación/Afiliación:

Número de teléfono/otros medios de contacto:

Tipo de autoridad

Familia/Amigo—sin
responsabilidad legal

Familia/Amigo—Tutor

Familia/Amigo — Poder notarial

Guardián organizativo

¿Asume esta persona autoridad para tomar decisiones sobre este solicitante?

Sí No Desconocido

Completar la solicitud

Nombre de la persona que completa/ayuda con la solicitud:

Nombre de la organización (si procede):

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Afiliación (marque una):

Por sí mismo, sin ayuda
Agencia de contacto local
Centro mencionado anteriormente
MCO
CAP/DA Agencia principal
Agencia de la zona para personas
mayores
Otros (enumere):

Familia, amigo o tutor corporativo
Centro para la Vida Independiente
Proveedor privado de Medicaid
División de Empleo e Independencia para
Personas con Discapacidades (EIPD)
Grupo cívico/de defensa
PACE

Sobre mí: Mis necesidades e intereses de apoyo a la vida en la comunidad

Ingresos

¿Tiene ingresos el solicitante? Sí No

Ingresos mensuales:

SSI:

Beneficios para veteranos:

SSDI:

Otros (especifique):

Total de ingresos mensuales estimados:

Vivienda

¿Tiene actualmente un domicilio fuera de la institución? Sí No

Si tiene un domicilio fuera de la institución, indique la dirección de su casa/apartamento:

MFP no proporciona vivienda. El MFP puede ofrecerle apoyo en su búsqueda de vivienda poniéndole en contacto con opciones de vivienda basadas en los ingresos.

Si no tiene una vivienda propia fuera de la institución a la que regresar, ¿qué tipo de vivienda prefiere?

Tipo de vivienda preferida (marque uno):

Mi propia casa/apartamento

Casa/apartamento de mi familia

Hogar colectivo de cuatro personas o menos (sólo personas con discapacidad intelectual)

Vida familiar alternativa/ "AFL" (sólo para personas con discapacidad intelectual)

¿Ha solicitado un programa de vales de opción a vivienda (viviendas de la Sección 8)?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿ha recibido un vale? Sí No

En caso negativo, ¿está interesado en solicitar opciones de vivienda basadas en los ingresos?

Sí

No

***Tenga en cuenta que los tiempos de transición pueden variar en función de la disponibilidad de vivienda y las preferencias.**

Sobre mí: Mis necesidades e intereses de apoyo a la vida en la comunidad

Esta sección nos ayudará a dirigir su solicitud al equipo de transición adecuado y a asegurarnos de que su solicitud cumple los requisitos del Proyecto.

¿Quién será su sistema de apoyo personal en la comunidad?

Un sistema de apoyo personal en la comunidad es una persona o grupo de personas que pueden ayudarle con cosas como el transporte (citas, compras, eventos), las comidas (reparto o ayuda para cocinar), contacto en caso de emergencia ("de guardia"), cuidados personales (ir al baño, cuidados higiénicos o traslado de la cama a la silla), etc.

Incluya familiares, amigos y el apoyo de personas o grupos con los que esté relacionado, como grupos religiosos, grupos cívicos (por ejemplo, Lion's Club, Rotary Club, clubes de lectura, hermandades), etc.

Nombre:	Relación/Afiliación:	Número de teléfono/Otros medios de contacto:	Tipo de Apoyo: (Transporte, Comidas, Emergencia, Cuidado Personal, etc.)

Sobre mí: Mis necesidades e intereses de apoyo a la vida en la comunidad

Actividad (Marque todas las las casillas que correspondan)	Necesito mucho apoyo (Uso un silla de ruedas o necesito práctica asistencia, personas para ser cerca de la mayoría de el tiempo)	Necesito algo de apoyo (Quizás necesite algo ayuda con algunos de estas tareas, pero no todos ellos; Necesito apoyo a veces pero no todos los tiempo)	No necesito ayuda— puedo hacerlo yo solo(a).	Notas
Moverse alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantarse de la cama o de la silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bañarse, vestirse, ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preparar alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mantenimiento del hogar, lavandería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomar decisiones diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Quién ha facilitado la información para cumplimentar esta sección? (Marque una opción)

El solicitante MFP directamente (incluso si
otra persona tiene que escribir físicamente)

Personal de la institución

Un familiar, tutor u otra persona de apoyo
al solicitante

Otros (indíquelos):

Complete este formulario, así como la Autorización de MFP para divulgar información médica y envíe todos los formularios por fax al 919-882-1664 o por correo electrónico (protegido con contraseña) a mfpinfo@dhhs.nc.gov

Uso exclusivo del personal de MFP			
Condado de Medicaid:	Tipo de institución que figura en NC FAST:	Ingresos de NC FAST:	
Cumple con los requisitos de la institución/centro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cumple los requisitos de residencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En la institución/centro al menos 60 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Elegible para Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Agencia de Coordinación de la Transición:			
<p>Autorizado por _____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre)</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Firma)</i></p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;"><i>(Fecha)</i></p>			



Solicitud NC MFP:

Autorización para divulgar Información

Complete este documento como parte de su solicitud de MFP.

Nombre del solicitante MFP _____

Fecha de nacimiento _____

Número de identificación (ID)
de Medicaid del solicitante de
MFP _____

Para garantizar una transición coordinada y organizada a un nuevo lugar de residencia,

Yo _____ (Solicitante de MFP o Representante Autorizado) por la presente autoriza al Personal de NC Money Follows the Person y a los Coordinadores de Transición a divulgar mi nombre/el nombre del Solicitante de MFP, ubicación e información de salud relacionada con el proceso de transición a las siguientes agencias:

Descripción de la Agencia	Motivo del contacto	Notas
La institución en la que vive actualmente (por ejemplo, el trabajador social y el especialista en facturación de la misma).	Para iniciar el proceso de coordinación de la transición para garantizar su elegibilidad para este Proyecto	Esto incluye los Centros Estatales para el Desarrollo, los Tratamiento Psiquiátrico Residencial (PRTF), Centros de Cuidados Intermedios (ICF), Institutos de Enfermedades Mentales (IMD) o Centros de Enfermería Especializada (SNF).
La entidad de Medicaid que supervisa los servicios de gestión de casos en su zona.	Para garantizar que puedan participar en el proceso de planificación.	Esto incluye la entidad que supervisa su HCBS: CAP/DA CME, LME/MCO, o centros de PACE.

Descripción de la Agencia	Reason for Contacting	Notas
División de Empleo e Independencia para Personas con Discapacidad (EIPD)	Ayudar a coordinar el proceso de transición (si procede). Para acceder a ayudas relacionadas con las modificaciones del hogar y la tecnología de asistencia (si procede).	Esto puede no ser necesario para todos los participantes en de MFP
El Departamento de Servicios Sociales (DSS) local (por ejemplo, el representante de Medicaid)	Para ayudar a aclarar dudas sobre su inscripción en Medicaid o su posible situación en relación con el deducible.	
La División de Envejecimiento	Acceder a ayudas para encontrar y conseguir una vivienda adecuada.	Esto puede no ser necesario para todos los participantes en de MFP
<p style="text-align: center;">IMPORTANTE</p> <p style="text-align: center;">Si le preocupa que el personal del MFP y los coordinadores de transición se pongan en contacto con alguna de las entidades mencionadas, explíquelo aquí:</p>		

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD Y SU PRIVACIDAD

* El personal del proyecto MFP estará encantado de proporcionarle explicaciones adicionales si tiene alguna duda sobre la información que figura a continuación.

Marcando aquí y firmando la página siguiente:

- Entiendo que esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: Un año después de mi transición bajo MFP (o si decido abandonar el programa MFP).
- Entiendo que si no especifico una fecha o condición de caducidad, esta autorización será válida durante el tiempo necesario para cumplir su propósito hasta un año, excepto en el caso de divulgaciones para transacciones financieras, en cuyo caso la autorización es válida indefinidamente. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que se me pedirá que firme un formulario de revocación. Entiendo además que cualquier acción tomada sobre esta autorización antes de la fecha de revocación es legal y vinculante.
- Entiendo que mi información puede no estar protegida contra una nueva divulgación por parte del solicitante de la información; sin embargo, si esta información está protegida por el Reglamento Federal de Confidencialidad sobre el Uso de Sustancias, el destinatario no puede volver a divulgar dicha información sin mi autorización adicional por escrito, a menos que la ley estatal o federal disponga lo contrario.
- Entiendo que si mi expediente contiene información relacionada con la infección por VIH, SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, abuso de alcohol, abuso de drogas, afecciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, esta divulgación incluirá dicha información. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, el pago de servicios o mi elegibilidad para recibir beneficios; sin embargo, si un servicio es solicitado por un proveedor no relacionado con el tratamiento (por ejemplo, una compañía de seguros) con el único propósito de crear información de salud (por ejemplo, un examen físico), el servicio puede ser negado si no se da la autorización. Si el tratamiento está relacionado con la investigación, puede ser negado si no se da la autorización.
- Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

Firma y autorización

Tutor legal (si procede)				
Nombre (Apellido)	Nombre		Inicial del segundo nombre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Tipo de tutela: <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Propiedad Persona y propiedad				
Padre (si el solicitante es menor de 18 años)				
Nombre (Apellido)	Nombre		Inicial del segundo nombre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Tipo de tutela: <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Propiedad Persona y propiedad				

Para completar la solicitud, firme y feche a continuación

Firma o marca del solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)
Firma del tutor legal/padre (si procede)/representante autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)

Una vez completado, envíelo por fax al **919-882-1664** o por correo electrónico (protegido por contraseña) a mfpinfo@dhhs.nc.gov