

## North Carolina Money Follows the Person Demonstration Project Solicitud de participación

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

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 soci	al	Fecha de nacimiento	del sol	icitante	Género  M  F	
Número de identificació Medicaid	on de	Número de identificado de Medicare	ción	¿Neces	sita un intérprete? Sí No	
Por favor, marque su mé preferido:	étodo de c	ontacto	Corr	·00		
En persona T	eléfono m	óvil:	_	eo rónico:		
¿Ha participado anteriorm	nente el sol	icitante en MFP?		No		
Nota: La participación en el	MFP está lii	nitada a 3 instancias de aprobación de la solicitud.				
Fecha de ingreso en esta institución:	Cei	Tipo de institución:  Centro de enfermería especializada			ospital de cuidados intensivos	
	inte con	intermedios para personas tratami			sidencial de to psiquiátrico díquelos aquí):	
Nombre de la institución		Dirección				
Ciudad		Estado Có	digo po	ostal	Condado	
Trabajador social de la institución/ Nombre de la persona de contacto		Correo electrónico:				
pordona ao contacto		Teléfono		Fax		
¿El solicitante fue ingres el hospital? Sí	En caso afirmativo, fecha de la fecha de alta del hos ingreso			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								
	Nombre de la instit	tución	Dirección					
Estancia 1								
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono				
	Fecha de admisión	1	Fecha de alta					
	Nombre de la instit	tución	Dirección					
Estancia 2	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono				
	Fecha de admisión	l	Fecha de alta					
	Nombre de la instit	tución	Dirección					
Estancia 3	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? No **Especifique**: Sí ¿Tiene el solicitante un diagnostico de consumo de drogas y/o alcohol? No **Especifique**: Sí ¿Tiene el solicitante un diagnóstico de discapacidad del desarrollo? 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: Tipo de autoridad Número de teléfono/otros Familia/Amigo—sin medios de contacto: responsabilidad legal Familia/Amigo—Tutor Familia/Amigo — Poder notarial Guardián organizativo ¿Asume esta persona autoridad para tomar decisiones sobre este solicitante? Desconocido Relación/Afiliación: Nombre: Número de Tipo de autoridad teléfono/otros Familia/Amigo—sin medios de contacto: 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):						
Trombre de la organizació	ni (di piddede).					
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:				
Afiliación (marque una):						
Por sí mismo, sin ayuda	a	Familia, amigo o tutor corporativo				
Agencia de contacto loc	al	Centro para la Vida Independiente				
Centro mencionado anteriormente		Proveedor privado de Medicaid				
MCO		División de Empleo e Independencia para				
CAP/DA Agencia principal		Personas con Discapacidades (EIPD)				
Agencia de la zona para	personas	Grupo cívico/de defensa				
mayores		PACE				
Otros (enumere):						

# Sobre mí: Mis necesidades e intereses de apoyo a la vida en la comunidad Ingresos ¿Tiene ingresos el solicitante? Sí No Ingresos mensuales: Beneficios para veteranos: SSI: 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)? No Sí No En caso afirmativo, ¿ha recibido un vale? 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.)

Actividad (Marque todas las las casillas que correspondan)	Necesito mucho ap  (Uso un silla de ruedas o necesito práctic asistencia, personas para s cerca de la may de el tiempo)	o :a ser	de apo (Quizás ne ayuda con estas tare:	ecesite algo algunos de as, pero no s; Necesito eces	No necesito ayuda— puedo hacerlo yo solo(a).		- yo	Notas
Moverse alrededor								
Levantarse de la cama o de la silla								
Bañarse, vestirse, ir al baño								
Comer								
Preparar alimentos								
Mantenimiento del hogar, lavandería								
Tomar decisiones diarias								
¿Quién ha facilitado	la informa	ción	para cur	npliment	ar est	a secci	ón?	(Marque una opción)
El solicitante MFP directamente (incluso si Personal de la institución otra persona tiene que escribir físicamente)								
Un familiar, tutor u otra persona de apoyo al solicitante								

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 <a href="mailto:mfpinfo@dhhs.nc.gov">mfpinfo@dhhs.nc.gov</a>

Uso exclusivo del personal de MFP					
Condado de Medicaid:	Tipo de institud que figura en N FAST:		Ingresos de NC FAST:		
Cumple con los requisitos de la institución/centro	Sí No	Cumple los requisitos de residencia	Sí No		
En la institución/centro al menos 60 días	Elegible para Medicaid	Sí No			
Agencia de Coordinación de la Transición:					
Autorizado por (Nombre	1				
(Firma)			(Fecha)		

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

Motivo del contacto	Notas
Ayudar a coordinar el proceso de transición (si procede).	Esto puede no ser necesario para todos los participantes en de MFP
Para acceder a ayudas relacionadas con las modificaciones del hogar y la tecnología de asistencia (si procede).	
Para ayudar a aclarar dudas sobre su inscripción en Medicaid o su posible situación en relación con el deducible.	
Acceder a ayudas para encontrar y conseguir una vivienda adecuada.	Esto puede no ser necesario para todos los participantes en de MFP
Para ayudar los esfuerzos de planificación de la transición.	
	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).  Para ayudar a aclarar dudas sobre su inscripción en Medicaid o su posible situación en relación con el deducible.  Acceder a ayudas para encontrar y conseguir una vivienda adecuada.  Para ayudar los esfuerzos de planificación

#### **IMPORTANTE**

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:

#### 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.

Marcar	ndo 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).
	ano despues de mi transición bajo ivil F (o si decido abandonal el programa ivil F).
	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)	do) Nombre			Inicial del segundo nombre			
Dirección	Ciudad Estado		Código postal	Teléfono			
Tipo de tutela:	ersona Propiedad	Persona	a y propiedad				
Padre (si el solicitante es m	enor de 18 años)						
Nombre (Apellido)	Nombre (Apellido) Nombre			ndo nombre			
Dirección	Ciudad Estado		Código postal	Teléfono			
Tipo de tutela:	Tipo de tutela: Persona Propiedad Persona y propiedad						
Firma o marca del solicitant		ntinuación Fecha (mm/dd/aaaa)					
Firma del tutor legal/padre (	ido F	Fecha (mm/dd/aaaa)					

Una vez completado, envíelo por fax al 919-882-1664 o por correo electrónico (protegido por contraseña) a <a href="mailto:mfpinfo@dhhs.nc.gov">mfpinfo@dhhs.nc.gov</a>