



Línea Directa de HCBA 1-800-251-6764

### Solicitud del Programa de Exención de Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad (HCBA)

Complete y envíe esta solicitud de cuatro páginas para solicitar el Programa de Exención de HCBA.

➔ Para recibir esta información en español, por favor llámenos al número siguiente: FAX (818) 979-0506

Nombre del solicitante:

Teléfono:  Fecha de Nac.:  Edad:  Sexo: M  F

Casado(a): Si  No  País de Residencia:

#### ¿Dónde vive actualmente el solicitante?

En casa

Hospital

Fecha de admisión:

Fecha aprox. de salida:

Número de días seguidos en el hospital:

Centro de enfermería

Fecha de admisión:

Fecha aprox. de salida:

Número de días seguidos en el centro:

Nombre-centro:

Ciudad:

Otros, tipo de domicilio:

Otro nombre:

Otra ciudad:

Fecha de admisión, si es aplicable:

#### Dirección Postal del Solicitante

Calle:  Apt./Piso/Habitación:

Ciudad:

Código Postal:

Calle:  Apt./Piso/Habitación:

Ciudad:

Código Postal:

Fecha de admisión:

Nombre del solicitante:

Fecha de admisión:

### Seguro de Salud

¿Medi-Cal? Sí  No

En caso afirmativo, Número:  (lo encontrará en la tarjeta-ID del Benefiario Medi-Cal (BIC))

¿Medicare? Sí  No

En caso afirmativo ¿Que Parte?: Parte A  Parte B  Parte A y B  Parte D

Otros Seguros: Sí  No

En caso afirmativo, nombre del seguro:

### Enumere los diagnósticos médicos actuales del solicitante (enfermedad o lesión principal):

Marque las casillas que identifiquen las necesidades médicas actuales del solicitante. Utilice los espacios en blanco a continuación para identificar las necesidades médicas adicionales que no figuren en la lista. Podrá proporcionar comentarios adicionales al reverso de la aplicación.

- Respirador, identifique el número de horas que el solicitante utiliza el respirador por día:  horas
- Traqueostomía
- Dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP); cantidad de horas que el solicitante utiliza el dispositivo por día:  horas
- Succión traqueal, número de veces por día:
- Dispositivo de presión positiva de dos niveles de las vías respiratorias (BiPAP); cantidad de horas que el solicitante lo utiliza por día:  horas
- Succión oral, número de veces por día:
- Tratamientos respiratorios, identifique el número de tratamientos que el solicitante recibe por día:  tratamientos
- Aspiración nasal, número de veces por día:
- Nebulizador de ambiente
- Uso continuo de oxígeno
- Oxígeno según sea necesario
- Medicamentos orales (por vía oral)
- Alimentación oral (por vía oral); ¿Por si mismo? Sí  No
- Incontinencia urinaria
- Medicamentos por sonda nasogástrica (GT)
- Alimentación por sonda nasogástrica (GT)
- Sondaje vesical
- Medicamentos intravenosos (IV)
- Alimentación intravenosa (IV)
- Incontinencia intestinal
- Cuidado intestinal de rutina
- Urostomía/Colostomía

Los diagnósticos médicos continúan en la siguiente página

Nombre del solicitante:

Fecha de admisión:

- Tratamiento para dolor crónico
- Úlceras por presión/heridas abiertas
- Tratamientos de piel o heridas, cantidad de úlceras/heridas abiertas:  
Lugar de las heridas:
- Contracturas  
Lugar de las contracturas:
- Puede mover ligeramente los brazos o las piernas, pero necesita ayuda. *Explicar brevemente al reverso.*
- No puede mover los brazos o las piernas por lo que requiere de asistencia. *Explicar brevemente al reverso.*
- Requiere aparato especial (por ejemplo, silla de ruedas, sistema de elevación, rampa, etc.). *Explicar...*
- Otro
- Otro
- Otro

**¿Se presentó esta solicitud para el solicitante?** Si  No

1. ¿Quién tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica del solicitante?
  - Solicitante
  - Otros, En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:  
Nombre:   
Parentesco:   
Teléfono:
2. Si corresponde, ¿se le notificó al solicitante o al representante legal que esta solicitud se envió para registrar al solicitante en el *Programa de Exención de HCBA*? Si  No   
En caso afirmativo, proporcione el nombre y el título de la persona que completó la solicitud:  
Nombre:   
Título:   
Teléfono:

**Identifique a todos sus proveedores de servicios actuales:**

- Home Health Agency (HHA)**, proporcione la siguiente información:  
Nombre de HHA:   
Número de horas de servicios de salud domiciliarios recibidos cada semana:   
Tipo de servicios recibidos:
  - Asistente a domicilio
  - Asistente Certificado para Atención Médica en el Hogar (CHHA)
  - Servicios de Enfermería, por cuenta de: RN  , y/o LVN
- In-Home Supportive Services (IHSS)**, proporcione la siguiente información:  
Número de horas de IHSS autorizadas por mes:

*Para obtener más información de elegibilidad de IHSS, comuníquese con el condado del solicitante de la oficina del Departamento de Servicios Sociales y consulte con el Departamento de Admisión de IHSS.*

Nombre del solicitante:

Fecha de admisión:

**California Children Services (CCS)**

**Regional Center**, proporcione la siguiente información:

Nombre del centro:

Nombre del coordinador de servicios:

**Adult or Pediatric Day Health Care**, proporcione la siguiente información:

Nombre del centro:

Cantidad de días por semana:

El solicitante asiste a la **escuela** fuera del hogar, proporcione la siguiente información:

Cantidad de días por semana:

Número de horas por día:

¿La escuela proporciona servicios de atención médica en la escuela?    Si     No

**Multipurpose Senior Services Program (MSSP)**

MSSP es una prestación del Programa de Exención de HCBS para los beneficiarios de Medi-Cal mayores de 65 años que ofrece servicios generales y apoyo de enfermería. Para obtener más información sobre este programa, ingrese en: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MSSPMedi-CalWaiver.aspx>

**Hospice**

*Hospice es una prestación de Medicare/Medi-Cal para los beneficiarios con un diagnóstico terminal. Para obtener más información sobre esta prestación, comuníquese con el médico del solicitante.*

**Program of All Inclusive Care for the Elderly (PACE)**

*PACE es una prestación de Medi-Cal que ofrece todos los servicios preventivos, primarios, agudos, de atención a largo plazo, sociales y de rehabilitación a través de un programa integral para personas mayores elegibles, de 55 años o más. Para obtener más información, llame al 1-888-633-7223, o ingrese en: [www.CALPACE.org](http://www.CALPACE.org).*

**Senior Care Action Network (SCAN)**

*SCAN Health Plan, como un Medicare Advantage Special Needs Plan, ofrece servicios de salud y cuidados a largo plazo a beneficiarios elegibles de Medicare/Medi-Cal mayores de 65 años. Para obtener más información, llame al 1-877-452-5898, o ingrese en: [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com).*

---

Una vez completado, envíe esta solicitud por correo a la siguiente dirección:



**732 Mott Street, #150, San Fernando, CA 91304  
o mediante FAX (818) 979-2341**

*El Departamento de Servicios de Salud cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.*

**Línea Directa de HCBA 1-800-251-6764**