

**APPENDIX K**

**SELECT ALTCS CASE MANAGEMENT FORMS IN SPANISH**

**EXHIBIT/EJEMPLO 1620-5**

**CENTRO DE VIVIENDA ASISTIDA/USO INDIVIDUAL**

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ # ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Programa Contratista: \_\_\_\_\_

Entiendo que, como miembro de ALTCS, puedo escoger vivir solo o tener un compañero de habitación en un Centro de Vivienda Asistida.

MI SELECCIÓN PARA PERMANECER EN \_\_\_\_\_ ES (MARQUE UNA SELECCIÓN A CONTINUACIÓN):  
NOMBRE DEL CENTRO DE VIVIENDA ASISTIDA

- Uso Individual (una persona por habitación)
- Uso Compartido (por lo menos 2 personas por habitación)
- Uso Compartido hasta que haya Uso Individual disponible

Entiendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento y aún permanecer en esta instalación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letras de Molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el Miembro

---

Por la presente CAMBIO mi selección. Mi nueva selección es (marque una selección a continuación):

- Uso Individual
- Uso Compartido
- Uso Compartido hasta que haya Uso Individual disponible

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letras de Molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el Miembro

cc: Expediente de Administración de Caso ALTCS  
Miembro/Representante  
Centro de Vivienda Asistida (original)

**Janice K. Brewer, Governor**  
**Thomas J. Betlach, Director**

801 East Jefferson, Phoenix, AZ 85034  
PO Box 25520, Phoenix, AZ 85002  
Phone: 602-417-4000  
www.azahcccs.gov



*Our first care is your health care*  
ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM

---

## **EXHIBIT/EJEMPLO 1620-10**

**[Debe usar Times New Roman y fuente de 14 puntos, y estar en membrete de AHCCCS]**

**Los Contratistas de AHCCCS pueden obtener una copia electrónica de este formulario comunicándose con la División de Administración de Cuidados de Salud de AHCCCS.**

### **AVISO IMPORTANTE SOBRE DERECHOS DE LOS MIEMBROS**

Como resultado de la demanda *Ball v. Betlach* (también conocida como *Ball v. Biedess*), la Administración de AHCCCS está enviándole a usted este aviso sobre sus derechos a recibir servicios de cuidados "críticos" a largo plazo en el hogar cuando usted se inscribe en el Programa ALTCS.

Usted tiene derecho a recibir todos los servicios en su plan de cuidados para ayudarle con baño, inodoro, a vestirse, alimentación, transferencia a o desde su cama y silla de ruedas y otras actividades diarias similares. Estos servicios son llamados "servicios críticos". Su programa contratista o contratista tribal debe asegurarse de que usted recibe estos servicios críticos sin demoras. Si se produce un retraso y usted no recibe estos servicios a tiempo, su programa contratista o contratista tribal debe suministrárselos dentro de un plazo de 2 horas a partir del momento en que ellos reciben notificación de la interrupción. (Una interrupción en los servicios críticos se define como la diferencia entre el número de horas de servicios críticos programados en el plan de cuidados de cada persona y las horas del tipo de servicios críticos programados que en realidad le son dadas a la persona). Sus otros servicios de cuidados a largo plazo no se pueden reducir para compensar por los servicios críticos que usted no recibió a tiempo.

Si usted no recibe sus servicios críticos a tiempo, llame a su proveedor para informar sobre el problema. Además, usted también puede llamar a su programa o contratista tribal o AHCCCS, a los números de teléfono que se anotan a continuación, para informar sobre el problema. Su administrador de caso también le proporcionará los números de teléfono para llamar si hay demoras para obtener sus servicios críticos. Su programa contratista o contratista tribal también le dará un formulario que usted puede llenar y enviar por correo si se da una interrupción

en los servicios críticos. Usted recibirá una respuesta por teléfono o por escrito. Se le indicará el motivo de la demora y cómo se solucionará ahora y en el futuro si sucede de nuevo.

AHCCCS recopilará informes de las interrupciones de servicios críticos de cada programa contratista mensualmente. AHCCCS también recopilará información para ayudar a determinar cómo establecer las normas para pagar a los trabajadores que proveen servicios críticos. Los contratistas del programa también le darán información a AHCCCS cada 6 meses sobre salarios y beneficios actuales de los trabajadores a cargo de cuidados en el hogar. Esta información será hecha pública una vez al año a partir del 15 de agosto, 2005.

AHCCCS ha contratado a expertos para estudiar la cantidad de servicios críticos disponibles para los miembros de AHCCCS y la población en general. Esta información estará disponible el 15 de octubre, 2005.

Le enviaremos otro aviso si un Tribunal cambia esta información. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor llame a su programa contratista o contratista tribal, al administrador de su caso o AHCCCS. A continuación se incluye una lista con los números de teléfono.

Arizona Health Care Cost Containment System (Sistema de Control de Costos de Cuidados de Salud de Arizona) (AHCCCS)  
1 (800) 218-7509

***[CONTRATISTA INCLUYE SU INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA CONTACTO AQUÍ]***

**EXHIBIT/EJEMPLO 1620-11**

**LOGOTIPO Y DIRECCIÓN DEL PROGRAMA CONTRATISTA AQUÍ  
[Debe usar Times New Roman y fuente de 14 puntos]**

**FORMULARIO PARA INFORME DE INTERRUPCIÓN DE SERVICIO  
CRÍTICO**

Todos los miembros ALTCS tienen derecho a recibir todos los servicios críticos en su plan de cuidados para ayudarle con baño, a vestirse, inodoro, alimentación, transferencia a o desde su cama o silla de ruedas y con otras actividades diarias similares. Si usted no recibe sus servicios críticos como se especifica en su plan de cuidados, usted deberá informar esto lo antes posible. Usted debe llamar inmediatamente a la agencia proveedora o contratista de AHCCCS a los números de teléfono que aparecen en el formulario de Plan de Contingencia que el administrador de su caso completó con usted. Usted también puede llamar al administrador de su caso. Usted tiene derecho a recibir estos servicios críticos de un proveedor de cuidados de reemplazo de contingencia dentro de un período de 2 horas a partir de que usted informa sobre la interrupción.

Además, usted puede enviarnos este formulario a la dirección que aparece arriba informándonos sobre los servicios que usted no ha recibido. Como su programa contratista, le responderemos a usted por teléfono o por correo. Se le indicará el motivo de la demora y cómo se solucionará ahora y en el futuro si ocurriera de nuevo. Por favor, complete lo siguiente:

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha en que lo Completó: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

Número de ID de AHCCCS y /o Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

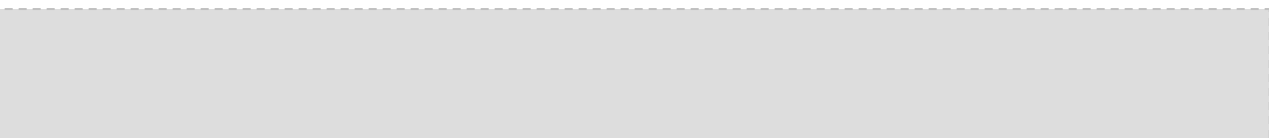
Fecha(s) en que el miembro no recibió los servicio autorizados: \_\_\_\_\_

Servicio(s) autorizado(s) no recibidos: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor que no suministró el(los) servicio(s) autorizado(s):  
\_\_\_\_\_

Nombre del Administrador del Caso: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_



COMPLETAR POR EL PROGRAMA CONTRATISTA

Fecha Recibida	Fecha de Respuesta	Marcar Tipo de Respuesta	
			Por Correo
			Por Teléfono
			En Persona

Revisado 7 de mayo, 2010

**EXHIBIT/EJEMPLO 1620-12**

**Cónyuge Encargado de Cuidados  
Reconocimiento de Entendimiento**

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ # ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Nosotros, las personas que hemos firmado en la siguiente página, optamos porque ALTCS le pague a \_\_\_\_\_ (el/la cónyuge) por el cuidado de \_\_\_\_\_ (el miembro). Sabemos y estamos de acuerdo en que:

- El Administrador del Caso de ALTCS decidirá el número de horas que se pagarán por el cuidado de \_\_\_\_\_ (el miembro)
- Todos los servicios serán médicamente necesarios y de costo adecuado, y
- No podemos tener más de 40 horas de Cuidados de Encargado (o servicios similares) en un período de siete días.

Sabemos y estamos de acuerdo que si \_\_\_\_\_ (el/la cónyuge) es compensado/a por suministrar cuidados:

- Habrá un aumento en los ingresos ganados por \_\_\_\_\_ (el/la cónyuge)
- Los ingresos extra nos pueden hacer perder beneficios de otros programas financiados con fondos públicos, y
- Este cambio de beneficios puede afectarnos y/o a otros en nuestro hogar.

Programas financiados con fondos públicos pueden incluir pero no se limitan a los siguientes:

TIPO DE BENEFICIO	AGENCIA RESPONSABLE	NÚMERO DE TELÉFONO
Derecho a AHCCCS, ALTCS y/o KidsCare	AHCCCS	
Supplemental Security Income (Ingresos de Seguridad Suplementaria, cuyas siglas en inglés son SSI)	Social Security Administration (Administración del Seguro Social)	
Medicare Part B Low Income Subsidy (Parte D de Medicare Subsidio de Bajos Ingresos)	Social Security Administration (Administración del Seguro Social)	
Estampillas de Comida	Arizona Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica de Arizona)	
Temporary Assistance to Needy Families (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas, cuyas siglas en inglés son TANF)	Arizona Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica de Arizona)	
Asistencia General	Arizona Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica de Arizona)	
HUD Vivienda	Local Housing Authority (Autoridad de Vivienda Local)	
Discapacidad del Seguro Social	Social Security Administration (Administración del Seguro Social)	
Qualified Medicare Beneficiary (Beneficiario con Derechos de Medicare, cuyas siglas en inglés son QMB)	AHCCCS	
Specified Low-Income Medicare Beneficiary (Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Especificados, cuyas siglas en inglés son SLMB)	AHCCCS	

Qualified Individual – 1 (Individuo con Derechos - 1, cuyas siglas en inglés son QI-1)	AHCCCS	
Otro:		
Otro:		

Efectivo en la Fecha: 10/01/2007

Sabemos que nosotros somos los que debemos ponernos en contacto con cualquier agencia de la que cualquiera en nuestro hogar recibe beneficios. Nosotros vamos a:

- Hablar sobre cómo un cambio en los ingresos de \_\_\_\_\_ (el cónyuge) puede afectar esos beneficios
- Hablar sobre esto antes de tomar una decisión para pagarle a \_\_\_\_\_ (el cónyuge) por los cuidados, y
- Avisarle a cualquier agencia de la que actualmente recibimos beneficios sobre el cambio en ingresos si decimos/cuando decidamos pagarle a \_\_\_\_\_ (el cónyuge) por los cuidados.

Entendemos que algunos o todos nuestros beneficios financiados con fondos públicos podrían suspenderse o reducirse. Esto depende de la cantidad de ingresos que \_\_\_\_\_ (el cónyuge) reciba como un encargado de cuidados pagado de ALTCS. Le solicitaremos ayuda a \_\_\_\_\_ el administrador del caso de ALTCS (del miembro) si la necesitamos.

También sabemos que:

- Podemos cambiar de parecer sobre pagarle a \_\_\_\_\_ (el cónyuge) por los cuidados en cualquier momento
- Podemos decidir que \_\_\_\_\_ (el miembro) debe recibir otros servicios de ALTCS, y
- Estos servicios deben ser médicamente necesarios y a un costo adecuado.

Firma del Miembro:		Fecha:
Firma del Cónyuge:		Fecha:
Firma del Administrador del Caso:		Fecha:

### **Revisión Anual de Selección de Cónyuge Encargado de Cuidados**

Mi cónyuge ha sido mi encargado de cuidados pagado por ALTCS. Deseo continuar con ese plan. Sé que hay otras agencias y encargados de cuidados que se pueden suministrarme mis cuidados. Sé que al escoger a mi cónyuge, sólo recibo **hasta** 40 horas de Cuidados de Encargado (o servicios similares) por semana.

Firma del Miembro:		Fecha:	
Firma del Miembro:		Fecha:	
Firma del Miembro:		Fecha:	
Firma del Miembro:		Fecha:	
Firma del Miembro:		Fecha:	

Efectivo el: 10/01/2007

cc: Miembro  
 Archivo del Caso

**EXHIBIT/EJEMPLO 1620-13**

ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM  
(SISTEMA DE CONTROL DE COSTOS DE CUIDADOS DE SALUD DE ARIZONA)

**Plan de Servicios de los Miembros de ALTCS**

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ #ID de AHCCCS \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SERVICIO & PROVEEDOR	FRECUENCIA DEL SERVICIO QUE HABÍA ANTES DE ESTA EVALUACIÓN	FRECUENCIA DEL SERVICIO EVALUADO ACTUALMENTE	CAMBIOS DE SERVICIOS	FECHA INICIAL/FINAL	MIEMBRO/ REPRESENTANTE
			<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Suspensión		<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> No está de acuerdo
			<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Suspensión		<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> No está de acuerdo
			<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Suspensión		<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> No está de acuerdo
			<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Suspensión		<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> No está de acuerdo
			<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Suspensión		<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> No está de acuerdo

**Comentarios**

Recibo de Plan de Servicios: Mi administrador de caso ha revisado conmigo mi plan de servicios. Estoy al tanto de los servicios que voy a estar recibiendo y con qué frecuencia. Me han explicado todos los cambios en los servicios que estaba recibiendo. He marcado mi acuerdo y/o desacuerdo con cada servicio anterior. Sé que cualquier reducción, interrupción o suspensión (suspensión por un período de tiempo definido) de mis servicios actuales comenzará no antes de 10 días a partir de la fecha de este plan. Sé que puedo pedir que esto sea más rápido.

Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios que hayan sido autorizados en este plan, he anotado eso arriba. Sé que mi administrador de caso me enviará una carta que me dice por qué el(los) servicio(s) que pedí fue(ron) denegado(s), reducido(s), suspendido(s) o terminado(s). Esa carta me dirá cómo apelar la decisión que se ha hecho acerca de mis servicios. La carta también me dirá cómo puedo recibir servicios continuos.

Mi administrador de caso me ha dicho cómo funciona el proceso de apelación. Sé cómo puedo apelar cambios de servicio con los que no estoy de acuerdo. Sé que puedo cambiar de opinión más tarde acerca de servicios con los que estoy de acuerdo hoy. Sé que si cambio de parecer antes de que los cambios entren en vigor, recibiré una carta que me indica la razón por la que cambiaron mis servicios. La carta también me informará sobre mis derechos de apelación, incluyendo cómo recibir servicios continuos.

Sé que si necesito más u otros servicios que los que estoy recibiendo, puedo comunicarme con mi administrador de caso en el ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ para hablar de esto. Mi administrador de caso se comunicará conmigo dentro de 3 días laborables. Una vez que haya hablado con mi administrador de caso, él/ella me dará una decisión sobre dicha solicitud dentro de 14 días. Si mi administrador de caso no puede tomar una decisión sobre mi petición a los 14 días, él/ella me enviará una carta indicándome que se necesita más tiempo para tomar una decisión.

---

Firma del Miembro/Representante

---

Fecha

---

Firma del Administrador del Caso

---

Fecha

Revisado 1/01/09

## EXHIBIT/EJEMPLO 1620-14

### Plan de Contingencia/Apoyo para Miembros de AHCCCS/ALTCS

**NOMBRE DEL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

**#ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

**FECHA DEL PLAN:** \_\_\_\_\_

SERVICIOS EN EL HOGAR SUMINISTRADOS POR ALTCS	FRECUENCIA	PROVEEDOR
1)		
2)		
3)		

**NIVEL DE PREFERENCIA DE SERVICIOS DEL MIEMBRO** – con base en la selección del miembro para la prontitud en la que se necesitará un reemplazo de proveedor de cuidados si el proveedor de cuidados programado no llega a estar disponible. Se les debe informar a los miembros que tienen derecho a un proveedor de cuidados de contingencia dentro de 2 horas si ellos así lo desean. Haga un círculo alrededor de la selección del miembro:

1	Necesita servicios dentro de 2 horas.
2	Necesita servicios hoy.
3	Necesita servicios dentro de 48 horas.
4	Puede esperar hasta la próxima visita programada por el proveedor.

**Se le ha informado al miembro que puede cambiar el Nivel de Preferencia de Servicios del Miembro y también su plan de contingencia, como se indica a continuación, en cualquier momento, incluso en el momento de una interrupción\***

CM Inice y Fecha

Si mi proveedor de cuidados ALTCS no se presentara a suministrar servicios de acuerdo a lo programado, mi plan de contingencia es el siguiente (marque todo lo que se aplique):

	PLAN DE CONTINGENCIA	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
<input type="checkbox"/>	Yo me comunicaré con AHCCCS	AHCCCS	1 (800) 218-7509
<input type="checkbox"/>	Yo me comunicaré con mi agencia proveedora.		
<input type="checkbox"/>	Yo me comunicaré con mi administrador de caso.		
<input type="checkbox"/>	Yo prefiero familiares o amigos se encarguen de mis cuidados en lugar de otro proveedor de cuidados de ALTCS.	1)	
		1)	
		2)	
		3)	
<input type="checkbox"/>	Yo puedo esperar hasta la próxima visita programada de mi agencia proveedora para recibir cuidados autorizados.		
<input type="checkbox"/>	Otro:		

\* Una interrupción de servicios críticos se define como la diferencia entre el número de horas de servicios críticos programados en el plan de cuidados de cada individuo y las horas del tipo de servicio crítico programado que realmente se le dan al individuo. Las siguientes son situaciones que no se consideran interrupciones:

- El miembro no está disponible para recibir el servicio cuando el proveedor de cuidados llega al hogar del miembro de acuerdo a lo programado.

- El miembro rechaza al proveedor de cuidados cuando él/ella llega, a menos que el proveedor de cuidados no pueda llevar a cabo los deberes asignados.
- El miembro rechaza los servicios.
- La agencia/proveedora de cuidados considera el hogar del miembro como inseguro, por lo que el proveedor de cuidados se niega a ir ahí.

## Plan de Contingencia/Apoyo para Miembro de AHCCCS/ALTCS – cont.

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

#ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a recibir todos los servicios en mi plan de cuidados para ayudarme con el baño, el inodoro, a vestirme, alimentarme, transferencia a o desde mi cama y silla de ruedas y otras actividades diarias similares según sea necesario. Estos servicios (Proveedor de Cuidados, Cuidados Personales, Ama de Casa y Alivio (Respite)) son llamados "servicios críticos." Entiendo que mi plan de salud debe asegurarse que yo reciba estos servicios críticos sin demoras. Entiendo que si no recibo mis servicios críticos a tiempo puedo llamar a AHCCCS para informar sobre el problema, para que ellos pueden ayudar a reemplazar a mi proveedor de atención médica tan pronto como sea posible. Puedo también llamar a mi agencia proveedora o a mi administrador de caso para obtener ayuda. Si se produce un retraso y yo no recibo estos servicios a tiempo, mi plan de salud debe proporcionar un reemplazo de proveedor de cuidados dentro de 2 horas a partir del momento en que ellos reciben notificación de la interrupción, a menos que yo especifique lo contrario en el momento de la interrupción. Tengo entendido que también tengo derecho a presentar una queja por escrito sobre la falta en el suministro de dichos servicios de acuerdo a lo programado.

Entiendo que para recibir servicios debo estar disponible y dispuesto a aceptar los servicios programados. Si decido no aceptar los servicios entiendo que debo informarle esto a mi administrador de caso. Este plan ha sido revisado conmigo y estoy de acuerdo con él. Me dejaré una copia de este plan.

**Por favor haga que el miembro/representante firme aquí en el momento del desarrollo del plan inicial:**

Firma del Miembro/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el Miembro: \_\_\_\_\_

---

### **Revisión Trimestral**

El administrador del caso revisó conmigo este plan durante mi revisión trimestral de servicios. Mi firma a continuación indica que todavía estoy de acuerdo con este plan y que no se requieren cambios. Entiendo que puedo cambiar mi Nivel de Preferencia de Servicios del Miembro en cualquier momento, incluso en el momento en que pudiera producirse una interrupción. Mi administrador de caso y yo completaremos un nuevo formulario del Plan de Contingencia si tengo cambios en mi plan, pero por lo menos una vez al año.

**Por favor haga que el miembro/representante firme aquí para indicar continuación de acuerdo con el plan en el momento de evaluación de cada 90 días de servicios. Si el miembro/representante desea hacerle cambios a la información en este plan, se debe escribir un plan nuevo. Se requiere un plan nuevo por lo menos una vez al año.**

Fecha de Revisión: \_\_\_\_\_ Firma del Miembro/Representante: \_\_\_\_\_

Fecha de Revisión: \_\_\_\_\_ Firma del Miembro/Representante: \_\_\_\_\_

Fecha de Revisión: \_\_\_\_\_ Firma del Miembro/Representante: \_\_\_\_\_

cc: Miembro/Representante  
Expediente del Caso

Revision Date: May 7, 2010

Initial Effective Date: March 1, 2010

## Plan de Contingencia de AHCCCS/ALTCS

### Instrucciones

- Todos los Contratistas de ALTCS deben usar este formulario estandarizado. Puede ser cambiado en las formas enumeradas a continuación sin la aprobación de AHCCCS. Cualquier otro cambio al formulario debe ser previamente aprobado por AHCCCS.
  - ✓ Puede añadirse el membrete del contratista
  - ✓ Términos como "administrador del caso" y "plan de salud" se pueden cambiar por términos más comúnmente usados por el Contratista
  - ✓ Se pueden agregar números de identificación (ID) específicos del contratista
- Este formulario debe ser completado por el administrador del caso para todos los miembros HCBS que reciben uno o más de los siguientes servicios de ALTCS:
  1. Proveedor de Cuidados
  2. Cuidados Personales
  3. Ama de Casa
  4. Alivio en el hogar (In-home Respite)
- Se le debe informar al miembro su derecho a tener un reemplazo de proveedor de cuidados de guardia previsto en caso de que ocurriera una interrupción imprevista.
- Se le debe informar al miembro su derecho a cambiar un Nivel de Preferencia de Servicios del Miembro previamente designado en cualquier momento, incluso en el momento en que se produce una interrupción. El administrador del caso debe poner sus iniciales y la fecha en la primera página de la declaración para indicar que esto se hizo en el momento en que se elaboró el plan.
- El miembro puede designar un plan de contingencia para la forma en la que el **miembro escoge** que se resuelvan sus necesidades en el momento en que el proveedor de cuidados regular no está disponible según lo programado. Se puede escoger más de una opción.
- El miembro/representante no debe indicar “Puedo esperar hasta la próxima visita programada de mi agencia proveedora para recibir cuidados autorizados” en el plan de contingencia a menos que el Nivel de Preferencia de Servicios sea 4 (Puede esperar hasta la próxima visita programada por el proveedor).
- Si el miembro indica que él/ella desea que familiares o amigos suministren cuidados de contingencia no pagados para parte del o todo el tiempo en que el proveedor de ALTCS tenía programado estar ahí, se debe dar una lista con los nombres de esas personas. **La selección de este sistema informal de apoyo como el plan de contingencia debe ser la elección del miembro y no se debe asumir simplemente porque esas personas viven en el hogar y/o parecen estar disponibles.**
- Se debe anotar el número de teléfono de la línea de teléfono gratis de AHCCCS. Se debe anotar el nombre y el(los) número(s) de teléfono de la agencia proveedora del miembro, incluyendo el número para las horas fuera de horario. También se debe incluir el nombre del administrador del caso y el(los) número(s) de teléfono. También se debe incluir en este formulario o poner a la disposición de los miembros el número de teléfono del Contratista para las horas fuera de horario cuando ellos llaman al número del administrador del caso.
- El miembro o el representante deben firmar el formulario completado indicando que ha sido revisado por él/ella y que él/ella está de acuerdo con él. Se le debe dar una copia del plan firmado al miembro/representante. **Este formulario deberá firmarse al completarlo inicialmente así como en cada revisión de 90 días de servicios si no hay cambios al plan.** Si hay cambios en cualquier parte del plan, se debe escribir un plan nuevo, firmarse y dejar una copia con el miembro/representante. **Se debe escribir un plan nuevo por lo menos una vez al año.**

**EXHIBIT/EJEMPLO 1620-15**

**INSTALACIÓN DE VIVIENDA ASISTIDA  
ACUERDO DE RESIDENCIA**

---

1. \_\_\_\_\_, una Instalación de Vivienda Asistida (en lo sucesivo “ALF”),  
(Nombre de ALF)

y \_\_\_\_\_, un Miembro del Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Arizona /  
(Nombre del Residente)

ALTCS (en lo sucesivo “Residente”), estamos de acuerdo en colocar al Residente, por

\_\_\_\_\_ (en lo sucesivo “PC”), representado aquí por \_\_\_\_\_  
(Programa Contratista) (Administrador del Caso)

(en lo sucesivo “Administrador del Caso”) en ALF efectivo \_\_\_\_\_ .  
(Fecha de Colocación)

El PC le pagará a ALF con base a la Tarifa de Contratos para el Nivel de Cuidados Autorizado menos el costo de la Habitación y la Alimentación del Residente según se describe a continuación.

**Solamente para Cuota por Servicio para ALTCS (FFS):** AHCCCS pagará ALF \$ \_\_\_\_\_  
(Tarifa Diaria)  
por día menos los costos de la Habitación y Alimentación del Residente como se describe a continuación.

2. ALF y el Residente están además de acuerdo con los siguientes términos y condiciones de esta Colocación.

El Residente deberá pagarle a ALF por Habitación y Alimentación. El Residente está de acuerdo en pagarle a ALF la cantidad prorrateada por Habitación y Alimentación de

\$ \_\_\_\_\_ por día del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.  
(Fecha de Admisión) (Fin del 1<sup>er</sup> mes parcial)

A partir de ahí el Residente está de acuerdo en pagar la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ por mes. La cantidad por Habitación y Alimentación que el Administrador del Caso pone en el sistema de autorización de servicio del PC, si es diferente a la cantidad en este formulario, reemplazará la cantidad en este Acuerdo de Residencia.

El Residente debe pagarle la mensualidad por Habitación y Alimentación a ALF el o antes del 10 de cada mes efectivo \_\_\_\_\_.

(1<sup>er</sup> mes Completo)

Si el pago por Habitación y Alimentación no se lleva a cabo el día 10 del mes, ALF le enviará al Residente un aviso de atraso de pago. Si el pago no se lleva a cabo a las dos semanas a partir de la fecha de dicho aviso,

ALF debe informarle al Administrador del Caso para que el Residente y/u otra parte responsable reciba un aviso de 14 días, de la instalación, para hacer otros arreglos de vivienda.

La cantidad por Habitación y Alimentación está sujeta a cambio si cambian los ingresos del Residente y se ajustará de acuerdo con las directrices del programa. En cualquier momento que el Residente, otra parte responsable o ALF tenga conocimiento de un cambio en la cantidad de ingresos del Residente, se requiere informar de inmediato al Administrador del Caso del PC y al Trabajador de Derechos de AHCCCS.

3. ALF está de acuerdo en cumplir con el Código Administrativo de Arizona Título 9, Capítulo 10, Artículo 7, Instalación de Vivienda Asistida según corresponda.
4. ALF deberá ser pagado por el PC y el Residente para la Fecha de colocación pero no para la fecha de salida. Para meses parciales y cambios de nivel de cuidados, pago del PC y el Residente según sea apropiado será prorrateado para reflejar los cambios en forma diaria
5. Durante la ausencia temporal del Residente (de más de 24 horas), ALF no tiene derecho a ningún pago del PC. ALF le notificará al Administrador del Caso de cualquier ausencia dentro de un día laboral. El Residente sigue estando obligado a pagarle a ALF la cantidad por la Habitación y la Alimentación del Residente durante todas las ausencias temporales.
6. ALF no aceptará regalos del Residente con excepción de obsequios nominales durante los días festivos o por cumpleaños.
7. Esta colocación puede terminarse por medio de una solicitud por escrito al PC ya sea de ALF o del Residente. El PC tendrá 30 días a partir de la fecha de solicitud para hacer otros arreglos de colocación para el Residente. Excepto cuando se aplica R9-10-709 (E).
8. A los 30 días a partir de la fecha de terminación de residencia, ALF reembolsará cualquier Habitación y Alimentación prepagada por el Residente para la fecha de salida y por cualquier día y todos los días a partir de entonces.
9. ALF no ha pagado ni pagará ninguna cuota de referencia por colocación en dicho ALF (42 USC § 1320a-7b y 42 CFR Parte 1001).
10. Ni ALF ni ninguna otra parte a nombre de ALF puede cobrar por el desarrollo de planes de cuidado del residente.

11. Los Residentes que residen en Cuidados de Acogida de Adultos (Adult Foster Care) (en lo sucesivo "AFC") o en Hogares de Vida Asistida (en lo sucesivo "ALH") puede ser que tengan que compartir una habitación. Si el Residente selecciona una habitación privada, puede haber un cargo, a menos que la instalación no tenga la opción de habitaciones semi-privadas.
12. Los Residentes que residen en Centros de Vida Asistida (en lo sucesivo "ALC") tienen derecho a la elección de uso individual sin costo adicional.
13. Al Residente/representante no se le cobrará por el transporte del Residente a citas médicas. Si se aplica, ALF puede organizar el transporte con el PC.
14. Todo el equipo médico duradero necesario es proporcionado por el PC. Al Residente/representante no se le cobrará una tarifa por el alquiler de cualquier equipo médico necesario. ALF deberá comunicarse con el PC para obtener este equipo.
15. Ningún licenciario de ALF, miembro del personal o los miembros de sus familias pueden actuar como representantes, agentes, suplentes, poder de abogado para cuidados de la salud, poder de abogado, guardián o tutor de un Residente que no sea un pariente. [R9-10-703(A)(6)].
16. ALF puede, con el permiso por escrito del Residente o del representante del Residente, administrar fondos personales que no excedan \$500.00 por mes. Si ALF administra dichos fondos, ALF debe conservar las facturas de los gastos y darle una cuenta por escrito al Residente o \_\_\_\_\_, representante del Residente, cada tres meses.
17. ALF puede llegar a un acuerdo con el Residente/representante para proporcionar servicios no incluidos, sin embargo el Administrador del Caso debe revisar el acuerdo para comprobar que el servicio no está cubierto por ALTCS.

**ALF y el Residente están de acuerdo en obedecer los términos y condiciones que se describen en este Acuerdo de Residencia:**

**Miembro o Representante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Patrocinador/Administrador ALF** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Administrador del Caso** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**EXHIBIT/EJEMPLO 1620-16**

**INSTALACIÓN DE VIVIENDA ASISTIDA  
ACUERDO DE CAMBIO FINANCIERO DEL MIEMBRO**

Nombre de la Instalación: \_\_\_\_\_

Nombre del PC: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

---

**HA OCURRIDO EL SIGUIENTE COBRO / CAMBIO(S) DEL LOC DEL MIEMBRO**

	<b>Tarifa:</b>	<b>Efectivo:</b>
I. Reembolso de la Instalación:	LOC _____ \$ _____	_____
II. Nivel de Cuidados (LOC) Cambió a:	_____ \$ _____	_____
III. Responsabilidad de Habitación & Alimentación del Miembro	\$ _____	_____

**He leído y estoy de acuerdo con los cambios de arriba.**

**Representante de la Instalación:**

En letras de Molde \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Miembro / Representante: (sólo se requiere para cambios de Habitación & Alimentación)**

En letras de Molde \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Administrador del Caso:**

En letras de Molde \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SE DEBE SUMINISTRAR UNA COPIA FIRMADA AL ADMINISTRADOR DEL CASO DEL PROGRAMA  
CONTRATISTA PARA EL EXPEDIENTE DEL MIEMBRO.**