Health First COLORADO
Colorado's Medicaid Program

# Formulario de recomendación para In-Home Support Services (IHSS)

Para hacer una recomendación, llene y presente este formulario ante la agencia de In-Home Support Services (Servicios de asistencia en el hogar; IHSS, en inglés) que elija el miembro. www.colorado.gov/hcpf/in-home-support-services

## Proceso de recomendación

1. El administrador del caso debe obtener todos los formularios requeridos, lo que incluye la Certificación del médico de las capacidades del consumidor (PACC, en inglés) antes de la recomendación.
2. Se debe incluir toda la información pertinente en el paquete de recomendación: PACC, Planilla de cálculo del plan de cuidados de IHSS, Plan de responsabilidades compartidas anterior (si hay uno en los archivos) y la información demográfica del miembro.
3. Documentación para tareas especializadas, etc.
4. Al recibir esta recomendación, la agencia de IHSS se comunicará con el miembro **dentro de los cinco días hábiles**. Si la agencia acepta al miembro, completará una evaluación de ingreso y un Plan de responsabilidades compartidas y desarrollará un Plan de cuidados. Se enviará el Plan de responsabilidades compartidas y el Plan de cuidados al administrador del caso para su revisión y aprobación.
5. El administrador del caso debe revisar el Plan de cuidados **dentro de los cinco días hábiles** de haberlo recibido. Si hay algún desacuerdo con el Plan de cuidados presentado, se iniciará un diálogo formal entre el administrador del caso, la agencia de IHSS y el miembro.

## Información del miembro

Nombre: _____ ID de Health First Colorado: _____
*Nombre* *Apellido*

Dirección: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Exención: _____

Correo electrónico: _____ ☎ Teléfono: _____

Resumen del estado de salud y las necesidades de apoyo del miembro (más espacio en la pág. 2): _____

_____

## Información del representante autorizado (AR, en inglés)

Consulte el formulario PACC del miembro. ¿Requiere el miembro un representante autorizado (AR)? ☐ Sí ☐ No

Si la declaración del médico establece que no requiere un representante autorizado (AR), el miembro puede elegir tener uno. ¿Elige el miembro en forma voluntaria tener un representante autorizado (AR)? ☐ Sí ☐ No

## Gestión del caso

Nombre del administrador del caso: _____ Agencia: _____

Correo electrónico: _____ ☎ Teléfono directo: _____

Health First COLORADO
Colorado's Medicaid Program

**Agencia proveedora:**

Nombre de la agencia:_____ Fecha de inicio propuesta: _____

Teléfono: _____Fax: _____

**Documentos de recomendación incluidos (seleccione todo lo que corresponda):**

☐Planilla de cálculo del plan de cuidados

☐ Certificación del médico

☐ PMIP / Lista de medicamentos

☐Documentación para las actividades de mantenimiento de la salud (HMA)

☐ Posible PAR

☐ Plan de responsabilidades compartidas

☐ Otro: _____

_____

**Información del miembro, continuación**

Nombre: _____ ID de Health First Colorado: _____

*Nombre* *Apellido*

Idioma: _____ Contacto secundario: _____

Resumen del estado de salud y las necesidades de apoyo del miembro:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____