

INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS) (EFFECTIVO 01/07/09)

| | |
|---------------------------------------|---|
| QUE ES IHSS? | <p>El Programa de Servicios De Casa Y Cuidado Personal (IHSS) ayuda a pagar para que alguien le ayude en su casa con actividades del diario que le permitan permanecer en su hogar a individuos incapacitados, invidentes, o de la tercera edad que radican en el Condado de Santa Cruz. Hay servicios de IHSS en los 58 condados de California.</p> |
| QUE NECESITO PARA CALIFICAR? | <p>Factores basicos para calificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero calificante. • Usted debe ser un residente de California. • Usted debe vivir en su hogar (un hospital de cuidado agudo, un lugar de cuidado de largo plazo, o residencia de cuidado con licencia no son considerados "propio hogar"). <p>Y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted recibe Seguridad de Ingreso Suplementario/ Pago suplemental Estatal (SSI/SSP); o • Usted reúne los requisitos de elegibilidad para SSI/SSP excepto que sus ingresos exceden los niveles de ingreso del program SSI/SSP; o • Usted reúne los requisitos para SSI/SSP, incluyendo ingresos, pero no recibe SSI/SSP; o • Usted recibe Medi-Cal y cumple con los requisitos de incapacidad para el programa SSI/SSP. <p>Y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere de servicios de casa y/o cuidado personal para permanecer en su hogar. |
| BENEFICIOS ATRAVES DE IHSS | <p>Beneficios de IHSS incluyen servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Domestico y relacionados (preparar comidas, limpieza de cocina, lavar ropa, comprar comestibles) • Cuidado personal (caminar, vestir, acostar y levantar, respiracion, • Banar y higiene, servicios paramedicos) • Acompañamiento a citas medicas, • Supervision con fines de proteger a individuos con impedimento mental. |
| PROCESO PARA APLICAR | <ul style="list-style-type: none"> • Para aplicar llame a nuestra oficinas al (831) 454-4534 • IHSS confirmara su elegibilidad para el programa de Medi-Cal. • Un(a) trabajador(a) social de IHSS lo entrevistara en su hogar. • Un(a) trabajador(a) social de IHSS usara la informacion obtenida durante su entrevista, informacion proveida por su(s) doctor(es), y informacion proveida por otras agencias involucradas en su cuidado si es necesario) para determinar que servicios necesita y cuantas horas de cuidado son necesarias para proveerle cuidado en casa. • Su trabajador(a) social de IHSS le enviara una notificacion aprobando o negando su aplicacion. Si su aplicacion es aprobada, la notificacion indicara las actividades aprobadas y las horas mensuales autorizadas. Si su aplicacion es negada, la notificacion indicara los motivos por la que fue negada. |
| COMO PAGUO MI PARTE DEL COSTO? | <p>Clientes de IHSS que tienen una parte del costo (conocida como Share of Cost) no deben pagarle a su proveedor hasta que no reciban una carta del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) que les indique cuanto pagarle a su proveedor. Esto es porque si usted a requerido de otros servicios a través del Medi-Cal durante el mes, usted puede deberle parte de su costo a estos proveedores. Una vez que reciba esta carta debe pagarle a su proveedor la cantidad indicada.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>QUIEN PUEDE SER MI PROVEEDOR INDEPENDIENTE?</p> | <p>Usted es el empleador de su proveedor independiente y por lo tanto puede contratar a quien usted determine puede hacer las actividades autorizadas por IHSS, con ciertas excepciones. Proveedores de IHSS deben tener permiso legal para trabajar en los Estados Unidos, tener un numero de seguro social valido, y no deben estar excluidos de trabajar para IHSS por el Departamento de Servicios de Salud de California (CDHS). Si usted necesita ayuda encontrando un proveedor, deguele saber a su trabajador(a) social de IHSS. IHSS tiene un contrato con una agencia que le ayudara a buscar un proveedor.</p> |
| <p>CUANDO DEBO HABLARLE A MI TRABAJADOR (A) SOCIAL?</p> | <p>Para evitar un sobrepago o demoras en el pago a su(s) proveedor(es), usted es responsable de llamar a su trabajador(a) social inmediatamente cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted sea hospitalizado o regrese de una hospitalizacion. • Tengua un cambio significativo en sus necesidades para cuidado en el hogar. • Usted contrate o despida a un proveedor. • Usted vaya estar fuera de su hogar <p>Hay cambios en su hogar(alguien llega a su hogar, se va de su hogar, o usted se cambia de casa).</p> |
| <p>COMO SE LE PAGUA A MI PROVEEDOR INDEPENDIENTE?</p> | <p>Usted es responsable de llamar a su trabajador(a) social inmediatamente cuando contrate a un proveedor independiente. Usted y su proveedor deben completar y enviar la forma de Acuerdo Del Proveedor/De Inscripcion(SOC 426) y la forma Lista de verificacion sobre las responsabilidades del beneficiario/empleador(SOC 332) a su trabajador(a) social de IHSS. Su proveedor no recibirá tarjetas de tiempo hasta que estas formas hayan sido recibidas por su trabajador(a) social de IHSS. Las tarjetas de tiempo y los cheques de pago se envían directamente a su proveedor desde Sacramento, es su responsabilidad supervisar que su proveedor someta sus tarjetas de tiempo a usted dos veces al mes para su revisión y firma. No firme una tarjeta de tiempo en blanco, acerciose que su proveedor marque el número exacto de horas trabajadas por día en su tarjeta de tiempo.</p> |
| <p>SUS DERECHOS</p> | <p>Sea elegible o no, usted tiene el derecho a ser tratado con dignidad, respeto, y cortesia cuando aplique para IHSS. El Departament de Servicios Humanos no discriminara contra nadie por raza, color, origen nacional, afiliacion politica, religion, edad, sexo, estado civil, condicion fisica o incapacidad mental.</p> |
| <p>AUDIENCIA ESTATAL</p> | <p>La oficina de audiencias es responsable de procesar y representar al Departament de Servicios Humanos en todas las audiencias estatales del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS). Recipientes or aplicantes que no estan satisfechos con cualquier accion o inaccion de el condado pueden pedir una audiencia. El official de audiencias- Joyce Germain (831) 454-4117. Le sugerimos que primero hable con su trabajador(a) social de IHSS si tiene alguna pregunta or no esta de acuerdo con cualquier accion en sus servicios de IHSS.</p> |
| <p>DONDE APLICO PARA IHSS?</p> | <p>LLAME AL PROGRAMA DE SERVICIOS DE CUIDADO EN EL HOGAR AL (831) 454-4101. NUESTRO PERSONAL ES BILINGÜE.</p> |
| <p>ESTE FOLLETO NO DEBE SER USADO COMO UN SUBSTITUTES PARA REGULACIONES ESTATALES.</p> | |