

Historia y Propósito

La Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, por sus siglas en inglés) ayuda a todas las personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo, así como a sus familias, a vivir la vida que deseen y a prosperar.

El propósito de este documento es informarle sus derechos y responsabilidades como participante inscrito en uno de los tres Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad de Medicaid operados por la DDA: Exención de Caminos Comunitarios, Exención de Asistencia Comunitaria y Exención de Asistencia familiar (cada uno de ellos un "Programa de la DDA") o fondos estatales de la DDA.

Estos derechos y responsabilidades también aplican a cualquier tutor/a legal o representante designado que actúe en nombre del participante.

Al participar en uno de los Programas de la DDA, un/a participante, su tutor/a legal o su representante designado deben cumplir con estos derechos y responsabilidades, y todas las leyes, reglamentaciones y requisitos correspondientes.

Este documento tiene por objeto proporcionar una guía con respecto a los requisitos del Programa de la DDA para los participantes, el/la tutor/a legal o representante designado, tal como se establece en la solicitud del Programa de Exención de Medicaid de la DDA aprobado por el gobierno federal y cualquier ley o reglamentación aplicable.

Derechos Generales y Responsabilidades

Comprendo que:

1. Además del Coordinador de Servicios Comunitarios (CCS, por sus siglas en inglés), debo designar a otros miembros del equipo de planificación centrados en la persona para ayudarme a planear mi asistencia y desarrollar mi camino hacia una buena vida.
2. Yo, mi(s) tutor(as) o representante(s) designado(as), debemos(deben) tener la capacidad de tomar decisiones informadas con respecto a mis servicios de la DDA, asegurándome(se) de que no haya: (a) lapsos o disminución de la calidad del cuidado para el participante; (b) aumento de los riesgos para la salud o seguridad del participante; o (c) incumplimiento de leyes, regulaciones y requisitos.
3. Mi Plan Centrado en la Persona (PCP, por sus siglas en inglés) documenta mis metas, objetivos, necesidades, y qué servicios busco recibir a través del Programa de la DDA.

4. Debo trabajar con el CCS y el equipo de mi PCP para desarrollar y presentar mi PCP y, si aplica, la Hoja de Presupuesto de Servicios Autogestionados (SDS, por sus siglas en inglés) (solo para los SDS) como mínimo de manera anual, o con más frecuencia si mis necesidades cambian.
5. Mi PCP y, si aplica, mi Hoja de Presupuesto SDS deben ser revisados y aprobados por la DDA.
6. Mi PCP y, si aplica, mi Hoja de Presupuesto SDS deben estar al día y efectivos en todo momento durante mi participación en el programa de la DDA.
7. Si mi PCP o, si aplica, mi Hoja de Presupuesto SDS expira al finalizar el año de mi plan centrado en la persona sin una actualización posterior, es posible que no reciba bienes o servicios financiados por el programa de la DDA, a menos que un nuevo PCP y, si aplica, una Hoja de Presupuesto SDS sean revisados y aprobados por la DDA.
8. Todos los pagos de cualquier bien y servicio financiados por la DDA que yo reciba serán efectuados a través del sistema PCIS2 o LTSSMaryland para servicios tradicionales, o a través del proveedor de Gestión de Servicios Fiscales (FMS, por sus siglas en inglés) si deseo autogestionarlo.
9. Todos los empleados, comerciantes y proveedores que yo elija para recibir asistencia y servicios deben cumplir las cualificaciones de empleado aplicables, y los requisitos de licencia y certificación (en caso de que aplique) para proveer los servicios que acordaron en mi PCP.
10. Si considero que necesito servicios adicionales o diferentes a los que se asignaron en mi PCP aprobado y, si aplica, en mi Hoja de Presupuesto SDS aprobada antes de la finalización del año de mi plan centrado en la persona, me contactaré con el CCS para que me asista con la presentación de mi pedido a la DDA.
11. Debo cumplir inicialmente y de manera continua con todos los requisitos para la elegibilidad del Programa de la DDA. Para la [elegibilidad para la exención](#), esto incluye la presentación de estados financieros y documentación anuales o actualizados, la realización de un plan centrado en la persona anual, y la recertificación para cumplir con el nivel de atención médica.

Derechos Generales y Responsabilidades – Garantía de Calidad

Los requisitos para los servicios de la DDA están diseñados para asegurar que el participante realmente reciba los servicios autorizados en su PCP, y para la salud y seguridad del participante.

Comprendo que:

1. Debo permitir que el CCS lleve a cabo visitas de control, incluido el control presencial o electrónico o por video, para asegurar la implementación de mi PCP y que mis necesidades de salud y seguridad estén siendo cubiertas.
2. Debo notificar de manera inmediata al CCS cualquier cambio en mis necesidades o emergencias de salud o seguridad, que podrían requerir un cambio en el tipo o en la cantidad de servicios en mi PCP y, si aplica, en mi Hoja de Presupuesto SDS.
3. Debo informar los incidentes al CCS según lo requiere la DDA y lo establecido en las leyes, regulaciones y políticas correspondientes, incluida, entre otras, la [Política sobre Incidentes Notificables e Investigaciones \(PORII, por sus siglas en inglés\)](#) de la DDA.

4. Debo permitirle a la DDA o a cualquier otro miembro del Departamento de Salud de Maryland realizar cualquier visita al hogar o a la comunidad, en un horario razonable, para llevar a cabo cualquier revisión de cumplimiento y encuestas de satisfacción que se requieran.
5. Si ingreso en un hospital, puedo recibir Servicios de Desarrollo Comunitarios, Habitación Diurna, Vida Asistida, o servicios de Asistencia Personal por parte de mi personal de asistencia directa durante mi internación en el hospital si se autoriza en mi PCP, según lo establecido en las leyes, regulaciones y políticas correspondientes.
6. Debo tratar y corregir todos los problemas de salud, seguridad y requisitos del programa, como está identificado por la DDA y en concordancia con las leyes, regulaciones y políticas correspondientes.

Servicios Autogestionados - Derechos y Responsabilidades – Autoridad Presupuestaria

Las políticas de la DDA, regulaciones, y la Sección G del Apéndice E-1 de las solicitudes de los programas de Exención de Medicaid operados por la DDA establecen los servicios sobre los que tengo autoridad presupuestaria.

Si tengo autoridad presupuestaria (por ejemplo, control sobre mi asignación presupuestaria autogestionada de la DDA) para un determinado servicio del Programa de Exención de la DDA, comprendo que:

1. Yo decido cómo se gasta mi presupuesto con base en los servicios y financiamientos aprobados por la DDA en mi PCP y la Hoja de Presupuesto SDS, lo que incluye:
 - (a) Mover mis fondos entre los servicios aprobados por la DDA en mi PCP y la Hoja de Presupuesto SDS para tratar mis necesidades cambiantes;
 - (b) Determinar el monto por pagar por los servicios en concordancia con el financiamiento autorizado por la DDA en mi Hoja de Presupuesto SDS y los estándares razonables y habituales requeridos por la DDA;
 - (c) Contratar empleados, vendedores y proveedores de bienes y servicios, siempre que cumplan con las cualificaciones confirmadas por el proveedor de FMS;
 - (d) Cambiar quién provee los bienes y servicios, siempre que el empleado, comerciante y proveedor cumpla con las cualificaciones aplicables confirmadas por el proveedor de FMS;
 - (e) Programar los horarios de los servicios (es decir, la hora del día en el que los servicios serán brindados);
 - (f) Especificar cualquier cualificación adicional de los empleados, comerciantes y proveedores de servicios, más allá de las cualificaciones mínimas que requiere la DDA; y
 - (g) Revisar y aprobar las facturas o planillas de horas de los empleados, vendedores y proveedores por los servicios prestados y para prevenir el [fraude a Medicaid](#).
2. Todos los gastos de los fondos deben estar en concordancia con mi PCP, mi Hoja de Presupuesto SDS y todos los requisitos del programa.
3. No puedo superar el(los) monto(s) establecidos en mi Hoja de Presupuesto Autogestionado durante mi año de PCP.
4. Mi Hoja de Presupuesto SDS debe incluir todos los costos de los salarios de los empleados, impuestos, indemnizaciones de los trabajadores, gastos de seguro, y cualquier permiso remunerado exigido por ley.

5. Debo cumplir con todos los requisitos para mantener registros precisos, completar las nóminas a tiempo, verificar la precisión de las planillas de horas y facturas, firmar las tarjetas de control de horario, y completar los documentos fiscales.
6. Debo presentar la documentación requerida para respaldar una solicitud de pago de una planilla de horas al proveedor de FMS, incluidas, entre otras, las planillas de horas y facturas que yo haya verificado como verdaderas y correctas.
7. Podré subir solo solicitudes de pagos por bienes y servicios autorizados por la DDA en mi PCP y Hoja de Presupuesto SDS que realmente se me hayan proporcionado.
8. La DDA, el Programa Medicaid de Maryland, o cualquier otra agencia estatal responsable de garantizar que los fondos de los contribuyentes solo se gasten según lo autorizado tienen derecho a revisar todos los registros que tanto yo como el proveedor de FMS hayamos mantenido, demostrando la financiación del Programa de Exención de la DDA solicitada y los servicios o bienes que realmente he recibido.

Servicios Autogestionados - Derechos y Responsabilidades - Autoridad de Empleador

La Sección G del Apéndice E-1 de la solicitud del Programa de Exención de la DDA designa los servicios en los cuales yo tengo autoridad de empleador.

Si tengo autoridad de empleador para un servicio determinado del Programa de Exención de la DDA, comprendo que:

1. Yo soy el empleador registrado y responsable del cumplimiento de las leyes de empleo correspondientes.
2. Como empleador registrado, tengo autoridad de decisión sobre el personal individual de asistencia directa que contrato para brindar los servicios de mi Programa de Exención de la DDA, en concordancia con las leyes de empleo aplicables y los requisitos del Programa de Exención de la DDA, lo que incluye:
 - (a) Reclutar y seleccionar personal para emplearlos;
 - (b) Contratar, gestionar y despedir al personal de mi empleo;
 - (c) Verificar las cualificaciones del personal, lo que incluye la obtención de antecedentes penales o una investigación de antecedentes, siempre que el proveedor de FMS confirme de manera independiente que el potencial miembro del personal alcanza los requisitos mínimos para recibir financiamiento por los servicios del Programa de Exención de la DDA;
 - (d) Determinar las tareas del personal en concordancia con los requisitos para el servicio del Programa de Exención de la DDA;
 - (e) Determinar el salario y los beneficios para el personal, sujetos a los fondos aprobados por la DDA en la Hoja de Presupuesto SDS y cualquier otro requisito de la DDA;
 - (f) Organizar los horarios del personal;
 - (g) Orientar e instruir al personal en sus deberes;
 - (h) Supervisar al personal;
 - (i) Evaluar el desempeño del personal; y
 - (j) Verificar el tiempo trabajado por el personal y aprobar las planillas de horas.
3. Soy responsable de presentar solicitudes de pago, en concordancia con mi autoridad presupuestaria como se la describió anteriormente, en nombre de mi personal al proveedor de FMS, y el no hacerlo podría dar lugar a que mi personal no reciba el pago por el Programa de Exención de la DDA.

4. Debo establecer un plan de respaldo para garantizar mi salud y seguridad, en caso de que mi personal no pueda trabajar.
5. Podré elegir contratar a un Agente de Apoyo para capacitarme y orientarme en mi papel de empleador. Sin embargo, comprendo que esto es opcional, y que debe estar incluido y aprobado por la DDA en mi PCP y la Hoja de Presupuesto SDS.
6. Soy responsable de garantizar que las decisiones que tomo para gestionar mis servicios bajo el modelo de prestación de Servicios Autogestionados no impacten de manera negativa en mi salud, seguridad o bienestar.
7. Debo mantener registros precisos de todos los bienes y servicios que he recibido que hayan sido financiados por el programa de la DDA hasta 6 años luego de la fecha en la que los he recibido.

Firma

Al firmar abajo, yo, el participante y, si aplica, el/la tutor/a legal o representante designado, por la presente reconozco que he recibido y leído este documento. Soy consciente de que si tengo alguna pregunta debo contactar al CCS o la Oficina Regional de la DDA.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre del Tutor/a legal (en caso de haber)

Relación con el Participante

Firma del Tutor/a Legal

Fecha

Nombre del Representante Designado
(en caso de haber)

Relación con el Participante

Firma del Representante Designado

Fecha

Marque esta opción si el participante o su tutor/a legal o representante designado recibieron el documento, pero no pudieron o no desearon firmarlo.

Nombre del Testigo

Relación del testigo con el Participante/Rol

Firma del Testigo

Fecha