



Programa de In-Home Supportive Services (IHSS)
Criterio de Elegibilidad de Care Supplement (Suplemento de Cuidado)

REDUCCION DEL 20% EN LOS SERVICIOS DE IHSS

El presupuesto de California 2011-2012 pide una reducción en los servicios de IHSS de un 20%. La reducción de las horas de IHSS se llevará a cabo el 1 de Enero del 2012. Para más información sobre la reducción consulte la publicación de Disability Rights California titulada: In-Home Supportive Services—reducción del 20% en los Servicios.

El resto de esta publicación hablara de la elegibilidad para el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado). Las personas que califican para el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) tendrán algunos o todos sus servicios de IHSS restaurados.

CRITERIO DE ELEGIBILIDAD DE IHSS CARE SUPPLEMENT (SUPLEMENTO DE CUIDADO)

Consumidores, cuyas horas fueron reducidas el 20% pueden solicitar el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado). La ley estatal dice que los consumidores de IHSS pueden obtener el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) sólo si existe un grave riesgo de colocación fuera del hogar. "colocación fuera del hogar" significa que usted tendría que salir de su casa e irse a vivir a otro lugar, como un hogar de cuidados o un acilo. Si usted solicita y es aprobado para recibir el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) usted tendrá todo o parte de la reducción del 20% en sus horas de IHSS restauradas.

Ejemplos de los consumidores que califican para el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) podría incluir:

- Individuos que están en lista de espera para recibir servicios de un centro de enfermería,

- Individuos con discapacidades mentales que no reciben la protección de supervisión y,
- Individuos con discapacidades severas que no están recibiendo protección de supervisión.

El condado está planeando usar criterios más estrictos que esto para determinar la elegibilidad para el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado). Creemos que el condado está mal. Sin embargo, usted debe saber cuál es el proceso que el condado utilizara. Si usted califica bajo el proceso del condado, entonces usted no tiene que disputar la determinación del condado. Si usted no califica bajo el proceso del condado, creemos que todavía puede calificar conforme a los criterios mencionados anteriormente. En otras palabras, usted puede obtener el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) si usted está en grave riesgo de colocación fuera del hogar a menos que recupere parte o la totalidad de sus horas de IHSS.

El condado utilizara dos pasos para determinar la elegibilidad para el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado).

PASO UNO – El condado observara lo siguiente:

A) Usted debe cumplir con tres o más de las siguientes condiciones:

- Los servicios paramédicos deben estar autorizados para monitorear la condición médica y / o inyecciones.
- Una clasificación funcional de la movilidad dentro de 4 o 5;
- Una clasificación funcional para el baño y el aseo de 4 o 5;
- Una clasificación funcional para vestirse de 4 o 5;
- Una clasificación funcional del intestino, la vejiga o menstruación de 3, 4 ó 5, o Servicios Paramédicos deben ser autorizados para el cuidado de catéter o colostomía;
- Una clasificación funcional para la transferencia de 4 o 5, o los Servicios Paramédicos deben ser autorizados para el cuidado de úlceras de decúbito (bed sore);
- Una clasificación funcional para la alimentación de 3, 4 o 5, o
- Una clasificación funcional de la respiración de 5.

B) La suma de sus clasificaciones funcionales para la memoria, orientación y juicio debe ser igual a 7 o superior.

Vea la última página de esta publicación para obtener información acerca de lo que significa los números de índice funcional. Información acerca de su clasificación en el índice funcional puede ser obtenida por usted o su representante autorizado, comuníquese con su trabajador social de IHSS y pida una copia de su formulario SOC 293. El SOC 293 es un formulario generado por la computadora. Usted tiene el derecho a esta información. Usted debe explicarle al trabajador social de IHSS que necesita esta información para determinar si se verán afectados por las reducciones y para desafiar la denegación de una solicitud de IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado).

PASO DOS - El condado tendrá que decidir si la reducción en las horas va a crear un grave riesgo de que tenga cuidados fuera del hogar. Esto significa que incluso si usted cumple con las condiciones en la primera parte de esta sección, el condado todavía puede encontrar que usted no es elegible para el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado). El condado le negará la solicitud de IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) si el condado determina que sus horas pueden ser reducidas en su totalidad o en parte, sin crear un grave riesgo de colocación fuera del hogar. Adjunto H al final de esta publicación hay una copia de la hoja de evaluación utilizado por el condado para determinar la elegibilidad para el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado).

Esto es lo que el condado va a hacer:

- Ayudarle a revisar cómo son utilizadas las horas autorizadas para que el grave riesgo se elimine. En otras palabras, ayudarle a dar prioridad a las horas disponibles para que las tareas más importantes sean completadas.
- Arreglar para que usted pueda recibir los servicios de un recurso alternativo. Por ejemplo, su iglesia local o banco de alimentos. Nota: El recurso alternativo tiene que comprometerse por escrito a proporcionar los recursos de forma gratuita.
- Restaurar parte de las horas para asegurarse de que el grave riesgo se elimine; o
- Restaurar todas las horas para asegurarse de que el grave riesgo se elimine.

Usted tendrá que explicarle al condado que necesita todas o algunas de las horas autorizadas de IHSS con el fin de evitar un grave riesgo de colocación fuera del hogar. También tendrá que explicarle al condado que el priorizar las horas no va a funcionar. Usted deberá explicar esto en el formulario de solicitud para IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) con el mayor detalle posible. Por ejemplo:

- Si corre el riesgo de infestación de plagas como consecuencia de no recibir los servicios domésticos o,
- Existe un riesgo de deterioro en la condición médica como resultado de no conseguir transporte hacia y desde una cita médica o,
- El consumidor necesita motivación para comer y si no tiene esa motivación significa que el consumidor no comerá o,
- Si el consumidor tiene un problema con la acumulación de cosas y desorden y necesita todos los servicios de IHSS evitar el desalojo o,
- Si el proveedor renuncia y el consumidor no puede encontrar a alguien más que haga el trabajo.

Adjunto se encuentra un formulario que un consumidor puede utilizar para obtener información de su médico acerca de sus limitaciones funcionales y el grave riesgo de colocación fuera del hogar si las horas de IHSS se reducen. También habrá un lugar en la forma en que el médico puede explicar por qué el consumidor necesita la totalidad de sus horas autorizadas de IHSS con el fin de evitar el grave riesgo de colocación fuera del hogar.

Nota: Usted tiene el derecho de determinar cómo las tareas de IHSS son priorizados o reorganizados para mejor satisfacer sus necesidades después de la reducción del 20%. Nadie puede decir cómo priorizar sus tareas de IHSS para permanecer dentro de la reducción del 20%.

DERECHOS DE APELACION

A los consumidores que se les niega el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) tiene el derecho de solicitar una audiencia. Si usted solicita una audiencia antes de la fecha que la reducción entre en vigor, asegúrese de pedir ayuda pagada pendiente. Ayuda pagada pendiente permitirá que los servicios continúen en el mismo nivel en espera del resultado de un juicio justo.

Los consumidores también tienen el derecho de solicitar una reevaluación o solicitar el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) en cualquier momento que se produzca un cambio en las circunstancias y se requiere un cambio en la cantidad de horas que el consumidor necesita o se corre el riesgo de colocación fuera del hogar. Asegúrese de explicar el cambio en sus circunstancias si usted está solicitando una nueva evaluación. Los consumidores pueden solicitar una audiencia cuando se les niega la reevaluación o IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) o para desafiar una notificación de acción con la que el consumidor no está de acuerdo.

EXPLICACION DE LA CLASIFICACION DEL INDICE FUNCIONAL

Clasificación 1: Independiente: capaz de realizar funciones sin asistencia humana, a pesar de que el consumidor puede tener dificultades en el desempeño de la función, pero la finalización de la función, con o sin un dispositivo o una ayuda para la movilidad, no representa un riesgo importante para su seguridad. Un consumidor que ocupa un "1" en cualquier función no se autorizará la actividad de servicios relacionados.

Clasificación 2: Capaz de realizar una función, pero necesita **asistencia verbal**, como recordando, orientación o estímulo.

Clasificación 3: Puede realizar la función con **un poco de asistencia humana**, incluyendo pero no limitado a, la ayuda física directa de un proveedor.

Clasificación 4: Puede realizar una función, pero sólo con **asistencia humana sustancial**.

Clasificación 5: No puede realizar la función, con o sin asistencia humana.

Encuesta del Médico Acerca de las Limitaciones Funcionales

Su paciente es un beneficiario de In-Home Supportive Services (IHSS). El programa de IHSS ofrece servicios de atención de cuidados para personas que no pueden realizar determinadas tareas (es decir, actividades de la vida diaria) por sí mismos. Los servicios se proveen en el hogar de una persona para que la persona pueda seguir viviendo de manera segura en casa.

El 1 de Enero del 2012, las horas de IHSS se reducirán en un 20% para individuos que no están en grave riesgo de colocación fuera del hogar. Algunas o todas las horas se pueden restablecer si el paciente califica para el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado). El Condado decidirá la elegibilidad para el IHSS Care Supplement (suplemento de cuidado) basado, en parte, en la clasificación del índice funcional de su paciente. La clasificación del índice funcional son medidas de las limitaciones funcionales.

Usted puede ayudar al paciente a darle al condado información actualizada acerca de sus limitaciones funcionales, completando la encuesta adjunta.

PLEASE COMPLETE THIS SURVEY

Patient Name:

DOB:

Diagnosis:

Prognosis:

Date Patient Last Seen By You:

INSTRUCTIONS

For each Activity of Daily Living (ADL), please place a check by the patient's level of functional ability and need for assistance. At the end of each section or on a separate sheet of paper, please indicate the potential consequences if the patient is not provided with appropriate assistance.

(AMBULATION) MOBILITY INSIDE: MPP § 30-757.14(k)

Walking or moving around inside the house, changing locations in a room, moving from room to room. Can respond adequately if (s) he stumbles or trips. Can step over or maneuver around pets or obstacles, including uneven floor surfaces. Climbing or descending stairs if stairs are inside dwelling. Does **not** refer to transfers, to abilities or needs once destination is reached, to ability to come into or go out of the house, or to moving around outside.

- Independent: Requires no physical assistance though consumer may experience some difficulty or discomfort. Completion of the task poses no risk to his/her safety.

 - Can move independently with only reminding or encouragement. For example, needs reminding to lock a brace, unlock a wheelchair or to use a cane or walker.

 - Requires physical assistance from another person for specific maneuvers; e.g., pushing wheelchair around sharp corner, negotiating stairs or moving on certain surfaces.

 - Requires assistance from another person most of the time. At risk if unassisted.

 - Totally dependent upon others for movement. Must be carried, lifted or pushed in a wheelchair or gurney at all times.
-

Please briefly describe how your patient's functional limitations limit your patient's mobility and the potential consequences if the patient does not get help:

**BATHING, ORAL HYGIENE AND GROOMING, ROUTINE BED BATHS:
MPP §§ 30-757.14 (D) & 30-757.14 (E)**

Bathing means cleaning the body using a tub, shower or sponge bath, including getting a basin of water, managing faucets, getting in and out of a tub, reaching head and body parts for soaping, rinsing, and drying. Grooming includes hair combing and brushing, shampooing, oral hygiene, shaving and fingernail and toenail care (unless toenail care is medically contraindicated and therefore is evaluated as a Paramedical Service). NOTE: Getting to and from the bathroom is evaluated as Mobility Inside.

- Independent: Able to bathe and groom self safely without help from another person.
- Able to bathe and groom self with direction or intermittent monitoring. May need reminding to maintain personal hygiene.
- Generally able to bathe and groom self, but needs assistance with some areas of body care; e.g., getting in and out of shower or tub, shampooing hair, or can sponge bathe but another person must bring water, soap, towel, etc.
- Requires direct assistance with most aspects of bathing and grooming. Would be at risk left alone.
- Totally dependent on others for bathing and grooming.

Please briefly describe how your patient's functional limitations limit your patient's ability to bathe, maintain oral hygiene and grooming and the potential consequences if the patient does not get help:

DRESSING: MPP § 30-757.14 (F)

Putting on and taking off, fastening and unfastening garments and undergarments, special devices such as back or leg braces, corsets, elastic stockings/garments and artificial limbs or splints.

- Independent: Able to put on, fasten and remove all clothing and devices without assistance. Clothes self appropriately for health and safety.
- Able to dress self, but requires reminding or direction with clothing selection.
- Unable to dress self completely, without the help of another person; e.g., tying shoes, buttoning, zipping, putting on hose or brace, etc.
- Unable to put on most clothing items by self. Without assistance would be

inappropriate or inadequate clothed.

- Unable to dress self at all. Requires complete assistance from another.
-

Please briefly describe how your patient's functional limitations limit your patient's ability to dress and the potential consequences if the patient does not get help:

BOWEL, BLADDER, AND MENSTRUAL: MPP §§ 30-757.14(A) & 30-757.14(J)

Assisting person to and from, on and off toilet or commode and emptying commode, managing clothing and wiping and cleaning body after toileting, assistance with using and emptying bedpans, ostomy and/or catheter receptacles and urinals, application of diapers and disposable barrier pads. Menstrual care limited to external application of sanitary napkin and cleaning. (NOTE: Catheter insertion, ostomy irrigation and bowel program are evaluated as Paramedical Services.* Getting to and from bathroom is evaluated as Mobility Inside.)

- Independent: Able to manage bowel, bladder and menstrual care with no assistance from another person.
-
- Requires reminding or direction only.
-
- Requires minimal assistance with some activities but the constant presence of the provider is not necessary.
-
- Unable to carry out most activities without assistance.
-
- Requires physical assistance in all areas of care.
-

Please briefly describe how your patient's functional limitations limit your patient's ability manage bowel, bladder and menstrual care and the potential consequences if the patient does not get help:

TRANSFER: MPP § 30-757.14(H)

Moving from one sitting or lying position to another sitting or lying position; e.g., from bed to and from a wheelchair, or sofa, coming to a standing position and/or repositioning to prevent skin breakdown. (NOTE: If pressure sores have developed, the need for care of them is evaluated as a Paramedical Service.)

- Independent: Able to do all transfers safely without assistance from another person.
-
- Able to transfer but needs encouragement or direction.
-
- Requires some help from another person; e.g., routinely requires a boost or
-

assistance with positioning.

- Unable to complete most transfers without physical assistance. Would be at risk if unassisted.
 - Totally dependent upon another person for all transfers. Must be lifted or mechanically transferred.
-

Please briefly describe how your patient's functional limitations limit your patient's ability to transfer and the potential consequences if the patient does not get help:

FEEDING: MPP § 30-757.14(c)

Reaching for, picking up, grasping utensil and cup; getting food on utensil, bringing food, utensil, cup to mouth, chewing, swallowing food and liquids, manipulating food on plate. Cleaning face and hands as necessary following a meal.

- Independent: Able to feed self.
 - Able to feed self, but needs verbal assistance such as reminding or encouragement to eat.
 - Assistance needed during the meal e.g., to apply assistive device, fetch beverage or push more food within reach, etc., but constant presence of another person not required.
 - Able to feed self some foods, but cannot hold utensils, cups, glasses, etc., and requires constant presence of another person.
 - Unable to feed self at all and is totally dependent upon assistance from another person.
 - Is tube fed. All aspects of tube feeding are evaluated as a Paramedical Service.*
-

Please briefly describe how your patient's functional limitations limit your patient's ability to feed herself/himself and the potential consequences if the patient does not get help:

RESPIRATION: MPP § 30-757.14(B)

Respiration is limited to non-medical services such as assistance with self-administration of oxygen and cleaning oxygen equipment and IPPB machines.

- Does not use respirator or other oxygen equipment or able to use and clean
-

independently.

Needs help with self-administration and/or cleaning.

Needs Paramedical Service such as suctioning.*

Please briefly describe how your patient's functional limitations limit your patient's ability to respire and the potential consequences if the patient does not get help:

MENTAL FUNCTIONING ASSESSMENT

Please check appropriate box
(No more than 1 box for each mental functional limitation)

Memory: Recalling learned behaviors and information from distant and recent past.

- No problem: Memory is clear; consumer is able to give you accurate information about his/her medical history; is able to talk appropriately about comments made earlier in the conversation; has good recall of past events.
 - Memory loss is moderate or intermittent: Consumer shows evidence of some memory impairment, but not to the extent where (s)he is at risk; consumer needs occasional reminding to do routine tasks or help recalling past events.
 - Severe memory deficit: Consumer forgets to start or finish activities of daily living which are important to his/her health and/or safety. Cannot maintain much continuity of thought in conversation with you.
-

Please briefly describe how your patient's memory limitations limit his/her ability to complete ADL and the potential consequences if the patient does not get help:

Orientation: Awareness of time, place, self and other individuals in one's environment.

- No problem: Orientation is clear. Consumer is aware of where (s)he is and can give you reliable information when questioned about activities of daily living, family, etc.; is aware of passage of time during the day.
 - Occasional disorientation and confusion apparent but does not put self at risk: Consumer has general awareness of time of day; is able to provide limited information about family, friends, daily routine, etc.
 - Severe disorientation which puts consumer at risk: wanders off; lacks awareness or concern for safety or well-being; unable to identify significant
-

others or relate safely to environment or situation; no sense of time of day.

Please briefly describe how your patient's orientation limitations limit his/her ability to complete ADL and the potential consequences if the patient does not get help:

Judgment: Making decisions so as not to put self or property in danger; safety around stove. Capacity to respond to changes in the environment, e.g., fire, cold house. Understands alternatives and risks involved and accepts consequences of decisions.

- Judgment unimpaired: Able to evaluate environmental cues and respond appropriately.
 - Judgment mildly impaired: shows lack of ability to plan for self; has difficulty deciding between alternatives but is amenable to advice; social judgment is poor.
 - Judgment severely impaired: fails to make decisions or makes decisions without regard to safety or well-being.
-

Please briefly describe how your patient's judgment limitations limit his/her ability to complete ADL and the potential consequences if the patient does not get help:

Other Functional Limitations

Please list any other functional limitations that were not described above. For example: breathing, seeing, hearings, walking, standing, bending, reaching, grasping, carrying, sitting, turning, weakness in limbs, loss of use of limbs, endurance, fatigue, etc.

Does your patient need paramedical services to monitor medical condition and/or give injections? Yes No

Does your patient need paramedical services for catheter or colostomy care? Yes No

Does your patient need paramedical services for bed sore care? Yes No

Does your patient need all of their IHSS hours in order to avoid a serious risk of out-of-home placement? Yes No

Please explain:

I certify that I am licensed to practice medicine in the State of California and that the information provided above is correct.

| | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Signature of Professional: _____ | Print Name: _____ |
| Date: _____ | Medical specialty: _____ |
| Address: _____ | License No.: _____ |
| City: _____ State: _____ | Telephone: _____ |

**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM
SUPPLEMENTAL CARE WORKSHEET**

| | |
|---------------------------|---------|
| Recipient/Applicant Name: | Case #: |
|---------------------------|---------|

SERIOUS RISK OF OUT-OF-HOME PLACEMENT

BASIS: 20% reduction puts recipient/applicant at serious risk of out-of-home placement.

| A | YES | NO | STANDARD: Three (3) or more "YES" responses for the following items indicate serious risk in this category. |
|---|-----|----|---|
| 1 | | | Paramedical Services authorized to monitor medical condition and/or give injections (SOC 293, Field YY, or SOC 321) |
| 2 | | | Ranked 4 or 5 for Mobility Inside (SOC 293, Field H1) |
| 3 | | | Ranked 4 or 5 for Bathing and Grooming (SOC 293, Field H1) |
| 4 | | | Ranked 4 or 5 for Dressing (SOC 293, Field H1) |
| 5 | | | Ranked 3, 4 or 5 for Bowel, Bladder and Menstrual Care (SOC 293, Field H1), or Paramedical Services authorized for catheter or colostomy care (SOC 293, Field YY, or SOC 321) |
| 6 | | | Ranked 4 or 5 for Transfer (SOC 293, Field H1), or Paramedical Services authorized for bed sore care (SOC 293, Field YY, or SOC 321) |
| 7 | | | Ranked 3, 4 or 5 for Eating (SOC 293, Field H1) |
| 8 | | | Ranked 5 for Respiration (SOC 293, Field H1) |

| B | YES | NO | STANDARD: A "YES" response for the following item indicates serious risk in this category. |
|---|-----|----|---|
| 1 | | | Ranks for Memory, Orientation and Judgment total 7 or more (SOC 293, Field H1) |

IHSS SUPPLEMENTAL CARE REQUEST DISPOSITION

Complete this section only if recipient/applicant is determined to be at serious risk. Stop at first "YES".

| | YES | NO | ACTION |
|---|-----|----|---|
| 1 | | | Not at serious risk for out-of-home placement – Recipient/applicant has changed assignment of tasks. |
| 2 | | | Not at serious risk for out-of-home placement – Following alternative resource(s) will provide essential services: ----- |
| 3 | | | At serious risk for out-of home placement – Proposed reduction partially restored. Number of hours restored: ----- |
| 4 | | | At serious risk for out-of home placement – Total proposed 20% reduction restored. |

| | | | |
|----------|-------------------|------------|-------|
| D | IHSS Worker Name: | Signature: | Date: |
| | Supervisor Name: | Signature: | Date: |