

6 Programa Ampliado de Servicios Domiciliarios para Personas Mayores o Servicios Comunitarios para Personas Mayores:

Acuerdo del Cliente

Nombre(s) del/de los Cliente(s): _____

Agencia del Proveedor del EISEP: _____

Agencia del Área de la Tercera Edad: _____

Período que abarca el presente Acuerdo: _____ al _____

A. Acuerdo: sin costo compartido

Marque la casilla si esta sección forma parte del acuerdo.

Entiendo que, según la información que he proporcionado, no debo pagar un costo por los servicios conforme al Programa Ampliado de Servicios Domiciliarios para Personas Mayores (Expanded In-Home Services for the Elderly Program (EISEP)) ni servicios similares a este conforme a los Servicios Comunitarios para Personas Mayores (Community Services for the Elderly, CSE) por el período que abarca el presente acuerdo.

B. Acuerdo: costo compartido

Marque la casilla si esta sección forma parte del acuerdo.

Acepto pagar un costo por los servicios, bienes o artículos que reciba conforme al EISEP o CSE por el período que abarca el presente acuerdo. Este costo no excederá el _____ % correspondiente al costo de los servicios que recibo por mes o \$_____, lo que sea menor. Esto no incluye el costo de administración del caso, que es gratuito.

El costo estimado que pagaré por mes es de \$_____, según los servicios, bienes o artículos que espero recibir del EISEP o CSE. No obstante, no se me cobrarán los servicios que efectivamente no reciba ni los que haya recibido antes de optar por la opción de costo compartido.

Entiendo que recibiré _____ unidades de atención domiciliaria, _____ unidades de servicios de relevo no institucional y _____ unidades de servicios accesorios.

C. Acuerdo: costo compartido para posibles clientes de Medicaid

Marque la casilla si esta sección forma parte del acuerdo.

Entiendo que aparento ser elegible para Medicaid y que debo presentar la solicitud para obtenerlo. Durante el proceso de determinación y solicitud de Medicaid, solicito recibir los servicios del EISEP o CSE, según se indica en mi plan de atención.

Si bien se determina la elegibilidad de Medicaid, entiendo que soy responsable del costo de estos servicios por el monto de \$_____ por mes durante el período que abarca el presente Acuerdo. No obstante, no se me cobrarán los servicios que efectivamente no reciba ni los que haya recibido antes de optar por la opción de costo compartido. Entiendo que si soy elegible para Medicaid, este se hará cargo de los servicios domiciliarios similares. Al momento que comience a recibir los servicios domiciliarios conforme a Medicaid, entiendo que ya no deberé pagar un costo compartido en concepto de los servicios domiciliarios conforme al EISEP/CSE y que este acuerdo se rescindirá. En caso de que califique para los servicios y la ayuda del EISEP/CSE que no se encuentren dentro del alcance de Medicaid, puedo enviar una nueva solicitud para el EISEP/CSE; se confeccionará un nuevo acuerdo en función de mis ingresos, costos de vivienda y situación de vivienda. Este nuevo acuerdo puede, de ser necesario, incluir un costo compartido por el plazo del presente.

D. Acuerdo: pago del costo total, sin información financiera

Marque la casilla si esta sección forma parte del acuerdo.

Me rehúso a proporcionar la información solicitada para este formulario. Considero que mis ingresos y recursos me convierten en inelegible para recibir servicios de administración del caso o servicios domiciliarios similares de conformidad con Medicaid o cualquier otro programa del gobierno. Entiendo que, al rehusarme, soy inelegible para recibir asistencia de costo compartido conforme al EISEP o CSE. Decido recibir los servicios para los que soy elegible mediante el presente acuerdo y pagar el costo total de los servicios, \$_____ por mes, por el

período que abarca el presente. No obstante, no se me cobrarán los servicios que no reciba ni los que haya recibido antes de optar por la opción de costo compartido.

Entiendo que al decidir proporcionar toda la información solicitada en este formulario, tengo la posibilidad de solicitar y recibir una nueva determinación del monto de los costos que debo pagar. Para solicitarla me contactaré con mi Administrador de Casos. Una nueva determinación conforme a esta cláusula no entrará en vigencia antes de la fecha del nuevo acuerdo.

E. Declaración de información financiera

Yo, _____, declaro que cualquier información financiera que haya proporcionado en relación con los servicios del EISEP o CSE es fiel y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que esta información puede verificarse según sea necesario. Entiendo que cualquier declaración falsa que realice a sabiendas en relación con esta evaluación financiera puede tener como consecuencia que sea inelegible para recibir los servicios.

Entiendo que los cambios futuros en el tipo o en el monto de los servicios que recibo, ingresos, gastos de vivienda, situación de vivienda o gastos médicos podrían repercutir en este acuerdo. Acepto informar a mi Administrador de Casos acerca de los cambios que pudiera haber. Entiendo que si este es el caso, mi costo compartido puede recalcularse a partir del momento del cambio. Si he pagado en exceso, la Agencia del Área de la Tercera Edad me reembolsará la totalidad. Si he pagado de menos, pagaré el monto adeudado. Si se encuentra un error, entiendo que mi costo compartido se recalculará a partir del momento en el que comenzaron los servicios.

He recibido la información completa de mi póliza y del procedimiento para pagar el costo compartido y entiendo que el incumplimiento intencional del pago tendrá como consecuencia la finalización del programa y que seré inelegible para recibir los servicios conforme al EISEP o CSE hasta que se reciba el pago del costo compartido adeudado.

F. Cronogramas de pagos, prácticas de facturación y procedimientos de pago

Declaración del Administrador de Casos

Yo, _____, Administrador de Casos para _____, declaro que la información incluida en el presente documento coincide con la información proporcionada por el cliente.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____