

6

Programa Ampliado de Servicios Domiciliarios para Personas Mayores (Expanded In-Home Services for the Elderly Program, EISEP) o Servicios Comunitarios para Personas Mayores (Community Services for the Elderly, CSE) Acuerdo con el cliente

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

Agencia proveedora del EISEP: _____

Agencia del Área para la Tercera Edad: _____

Plazo cubierto por este Acuerdo: _____ para _____

A. Acuerdo: sin participación en los gastos

Marque la casilla si esta sección es parte del acuerdo.

Entiendo que, en función de la información que proporcioné, no debo pagar una tarifa por los servicios en función del Programa Ampliado de Servicios Domiciliarios para Personas Mayores (EISEP) o servicios similares al EISEP en virtud del programa de Servicios Comunitarios para Personas Mayores (CSE) durante el período cubierto por este acuerdo.

B. Acuerdo: participación en los gastos

Marque la casilla si esta sección es parte del acuerdo.

Me comprometo a pagar una tarifa por los servicios, bienes y/o artículos que recibo en función del EISEP y/o el CSE durante el período cubierto por este acuerdo. Esta tarifa no superará el _____% del costo de los servicios que recibo en un mes o \$_____, el que sea inferior. Esto no incluye el costo de la gestión del caso, la cual es gratuita.

La tarifa estimada que pagaré cada mes es \$_____, en función de los servicios, bienes y/o artículos que espero recibir del EISEP y/o el CSE. No obstante, no me cobrarán ningún servicio que no reciba realmente o por los servicios recibidos antes de la determinación de mis gastos compartidos.

Comprendo que recibiré _____ unidades de cuidados a domicilio, _____ unidades de cuidados de relevo no institucionales y _____ unidades de servicios auxiliares

C. Acuerdo: participación en los gastos para posibles clientes de Medicaid

Marque la casilla si esta sección es parte del acuerdo.

Solicito Medicaid y comprendo que, durante la solicitud de Medicaid y el proceso de determinación, solicito recibir los servicios del EISEP y/o el CSE, según lo establecido en mi plan de atención.

Mientras se determina mi elegibilidad de Medicaid, entiendo que soy responsable del costo de estos servicios por el importe de \$_____ por mes durante el período cubierto por este Acuerdo. No obstante, no me cobrarán ningún servicio que no reciba realmente o por los servicios recibidos antes de la determinación de mis gastos compartidos. Comprendo que, si se me considera elegible para Medicaid, Medicaid pagará servicios a domicilio similares. En el momento en que empiece a recibir servicios a domicilio en virtud de Medicaid, comprendo que ya no tendré que pagar una parte de los gastos por mis servicios a domicilio en función del EISEP/CSE y que este acuerdo finalizará. En caso de que califique para los servicios y apoyos del EISEP/CSE excluidos del alcance de Medicaid, puedo volver a solicitar el EISEP/CSE y se elaborará un nuevo acuerdo en función de mis ingresos, gastos de vivienda y condiciones de vida. Si es necesario, este acuerdo nuevo puede incluir una participación en los gastos durante el período de este acuerdo.

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

Marque la casilla si esta sección es parte del acuerdo.

Me rehúso a brindar la información solicitada para este formulario. Creo que mis ingresos y recursos me hacen inelegible para recibir servicios a domicilio similares o servicios de gestión del caso en función de Medicaid o cualquier otro programa gubernamental. Comprendo que, al negarme, soy inelegible para recibir asistencia con la participación en los gastos en virtud de EISEP y/o CSE. Elijo recibir por servicios para los que soy elegible en función de este acuerdo y pagar el costo total de los servicios, \$_____ por meses, durante el período comprendido por este acuerdo. No obstante, no me cobrarán ningún servicio que no reciba o por los servicios recibidos antes de la determinación de mis gastos compartidos.

Comprendo que, si decido facilitar toda la información solicitada en este formulario, tengo la oportunidad de solicitar y recibir una nueva determinación del importe de la(s) tarifa(s) que debo pagar. Para solicitarla, contactaré a mi gestor de casos. Una nueva determinación en función de esta sección tendrá vigencia no antes de la fecha del nuevo acuerdo.

E. Declaración sobre la información financiera

Yo, _____, declaro que toda información financiera que facilité en relación con los servicios del EISEP y/o del CSE es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que esta información sea verificada según sea necesario. Soy consciente de que cualquier declaración falsa o tergiversación realizada a sabiendas por mí en relación con esta evaluación financiera puede tener como resultado mi inelegibilidad para los servicios.

Comprendo que los futuros cambios en el tipo o cantidad de servicios que recibo, los ingresos, gastos de vivienda, condiciones de vida o gastos médicos podrían afectar este acuerdo. Acepto notificar cualquier cambio que se produzca a mi gestor de casos. Comprendo que, si se producen cambios, mi participación en los gastos puede volver a calcularse desde el momento del cambio. Si pagué de más, la Agencia del Área para la Tercera Edad me reembolsará de forma íntegra. Si pagué de menos, pagaré el importe adeudado. Si se comete un error, comprendo que mi participación en los gastos puede volver a calcularse desde el inicio de los servicios.

Me informaron plenamente sobre la política y el procedimiento de pago de mi participación en los gastos y comprendo que no pagar de forma intencional mi participación en los gastos supondrá mi expulsión del programa y me convertirá en inelegible para recibir servicios en función del EISEP y/o el CSE hasta que se reciba el pago de mi participación en los gastos del pasado.

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

Acepto los cronogramas de pago, prácticas de facturación y procedimientos de pago de la agencia y reconozco que recibí una copia de los mismos además de este Acuerdo.

G. Derechos del cliente

Me informaron por escrito mis derechos en función del EISEP y/o del CSE. Esto incluye cualquier derecho que pueda tener a solicitar una audiencia y mi derecho a impugnar el importe de mi participación en los gastos que haya sido evaluado por la Agencia del Área para la Tercera Edad.

