



Medicaid Home & Servicios a la Comunidad (HCBS): ¡Conozca sus derechos!

Los floridianos de bajos ingresos, cuyas discapacidades requieren un nivel de atención en un hogar de ancianos, pueden ser elegibles para recibir servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), a través de la exención de Medicaid de atención a Largo Plazo (LTC) del estado. Las personas elegibles deben inscribirse en un plan de atención administrada para recibir su HCBS, así como los servicios regulares de Medicaid.

Debido a que este programa es crítico y tremendamente complicado, el Florida Health Justice Project ha preparado una [Guía del Defensor](#). Esta hoja informativa es un complemento de La Guía, y enumera los derechos claves del consumidor que proporciona el programa de exención de LTC.

¿Cuáles son mis derechos en la etapa de solicitud?

- Para su elegibilidad, tiene derecho a solicitar y recibir una evaluación por teléfono. (pág. 10)
- Para el resultado de su clasificación, en función de su evaluación, tiene derecho a recibir un aviso por escrito. (p. 11)
- Tiene derecho a apelar su clasificación. (pág. 12)
- Tiene derecho a apelar una denegación o retraso durante el proceso de solicitud. (pág. 15)

¿Cuáles son mis derechos después de ser elegible?

- Tiene derecho a seleccionar uno de los planes de atención administrada en su región. (pág. 15)
- Tiene derecho a una cita inicial con un representante del plan para que se desarrolle un plan de atención dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la inscripción (p. 17), y comenzar a recibir servicios dentro de los siete (7) días posteriores a la reunión inicial. (pág. 20)
- Tiene derecho a tener un plan de atención por escrito que especifique los servicios y apoyos que se brindarán para satisfacer sus capacidades, necesidades y preferencias, incluyendo todos los servicios prescritos por su médico. (pág. 18)
- Tiene derecho a apelar a su plan de atención si no se incluyen todos sus servicios necesarios. (págs. 18-19)
- Tiene derecho a una "evaluación complementaria" que identifique su sistema de apoyo, por ejemplo, miembro/s de la familia, e incluye una evaluación de sus otras responsabilidades, factores estresantes y disposición a participar en su atención. (pág. 19)

- Tiene derecho a salir de su plan y cambiar de plan dentro de los primeros 120 días de la inscripción, o después de eso por "una buena razón". (p. 16)
- Tiene derecho a recibir todos los servicios prescritos y "médicamente necesarios". (pág. 21-22)
- Si tiene que salir de su casa para recibir servicios, por ejemplo, cuidado diurno para adultos, no debería tener que viajar más de treinta (30) minutos en una zona urbana, o sesenta (60) minutos en una zona rural. (pág. 23)
- Tiene derecho a recibir servicios prescritos sin interrupciones, y a recibir un "plan de contingencia" sobre qué hacer si se produce una interrupción. (pág. 24)
- Tiene derecho a presentar un reclamo ante AHCA, la agencia de Medicaid, y presentar una queja ante su plan de atención administrada. (pág. 25)
- Tiene derecho a un aviso por escrito y una apelación, si un nuevo servicio solicitado por su proveedor es denegado o no aprobado al nivel prescrito, o si un servicio actual se reduce o finaliza. (págs. 26-28)
- Si recibe un aviso de reducción o finalización de su plan, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios actuales con los niveles actuales, siempre y cuando apele dentro de los diez (10) días posteriores al envío del aviso. (P 27)
- Si recibe un aviso de reducción o finalización de su plan, tiene derecho a una apelación acelerada si un retraso pone en peligro su vida o su salud. (pág. 26)
- Si recibe un aviso de reducción o finalización del plan, y no está satisfecho con el resultado del proceso de apelación del plan, tiene derecho a una audiencia imparcial. (págs. 29-30)