

SERVICIOS DIRIGIDOS POR EL PARTICIPANTE

Servicios dirigidos por el participante, también conocido como dirección del consumidor o autodirección, es un modelo de prestación de servicios que enfatiza la autonomía y el empoderamiento al ampliar el grado de elección y control del participante respecto de los servicios y apoyos a largo plazo. Permite a los participantes y a su representante autorizado actuar como empleador del derecho común, responsable de la contratación, la capacitación, la supervisión y el despido directos de sus cuidadores pagados. Los participantes/representantes autorizados reciben la capacitación y la orientación adecuadas para tomar decisiones informadas sobre su propia atención. Los participantes/representantes se vuelven expertos en su propia atención y pueden determinar qué servicios y apoyos satisfacen mejor sus necesidades personales de atención. Este modelo les ofrece a los participantes mayor control, flexibilidad y libertad en lo que respecta a su atención. Los participantes pueden decidir quién les brinda la atención, qué tipo de atención desean y necesitan, y cuándo y dónde desean que se brinde la atención. Los cuidadores o los proveedores de servicios son responsables ante el participante/representante. La premisa subyacente es que el participante conoce mejor sus necesidades y deseos.

Los beneficiarios de Medicaid elegibles para los servicios de PCA pueden optar por los servicios brindados por una agencia tradicional o pueden optar por recibir los servicios de PCA mediante el Modelo de dirección del participante. Si opta por el Modelo de dirección del participante, el consumidor se inscribe en el Programa de Preferencia Personal (PPP). El PPP es el programa que les permite a los consumidores de Medicaid autodirigir sus beneficios de PCA. El PPP también emplea el concepto de efectivo y consejería, mediante el cual los participantes utilizan un presupuesto mensual para dirigir y administrar sus servicios de PCA, en lugar de utilizar los servicios de PCA brindados por una agencia tradicional.

El participante/representante autorizado actúa como empleador del derecho común; contrata y administra a todos los trabajadores sociales que brindarán atención al consumidor. Todos los participantes recibirán orientación y apoyo por parte de una Agencia de Consejería y Administración Fiscal. Estos apoyos incluyen, entre otros, el procesamiento de las solicitudes de los trabajadores sociales, de las hojas de registro horario y de la nómina de pago, el informe de los salarios para los trabajadores sociales de los participantes, el informe y el pago de impuestos corporativos de los participantes, la prestación de apoyo de consejería a los participantes sobre la dirección, la selección y la contratación de los trabajadores sociales y cómo crear y administrar un presupuesto mensual, etc.

Firma del participante

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

Firma del administrador de la atención

Fecha

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO – Duplicación de servicios

La participación en el Programa de Preferencia Personal (PPP) es un reemplazo a la prestación de servicios tradicionales de Asistencia de Cuidado Personal (PCA) de Medicaid por parte de una agencia de atención a domicilio. Los beneficiarios de Medicaid no pueden inscribirse en el PPP y también recibir servicios de PCA de una agencia de atención a domicilio al mismo tiempo. Medicaid pagará solo **UNO**.

Una vez que comienza el Programa de Preferencia Personal, los servicios de PCA tradicionales de Medicaid que presta una agencia deben finalizar. El proveedor de HMO que cubre sus servicios de Medicaid le notificará a su agencia de atención a domicilio actual que usted comenzará el PPP. Su HMO es responsable de cancelar los servicios de PCA brindados por una agencia antes de que comience el PPP, para que no haya duplicación de servicios. **Una vez que comienza el PPP, recibir servicios de una agencia implica un fraude de Medicaid.**

Si la agencia de atención a domicilio continúa enviando a un auxiliar de atención médica a domicilio a su hogar una vez que haya comenzado el PPP, usted debe rechazar al auxiliar. También debe llamar a su proveedor de HMO e informarle que la agencia de atención a domicilio continúa enviándole un auxiliar de atención médica a domicilio.

Si usted acepta los servicios de la agencia de atención a domicilio mientras participa en el PPP, esto se considera duplicación de servicios y fraude de Medicaid. Si el PPP descubre que usted está recibiendo servicios de PCA de una agencia a la vez que recibe un subsidio mensual del PPP, su caso se enviará a la Unidad de fraude y abuso de Medicaid para su investigación. También se cancelará su inscripción en el PPP.

Nombre del consumidor

Fecha

Firma del consumidor

Fecha

Nombre del representante

Firma del representante

Fecha

Firma del trabajador social

Fecha

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS TRADICIONALES DE AGENCIAS

Elegir inscribirse en el Programa de Preferencia Personal (PPP) significa elegir un mecanismo de prestación de servicios alternativo para recibir los beneficios de Asistencia de Cuidado Personal (PCA) de Medicaid. Si opta por inscribirse en el PPP, recibirá la misma evaluación de PCA que recibiría por los servicios de PCA mediante el modelo tradicional de prestación de una agencia.

Si actualmente recibe los servicios de PCA mediante el modelo tradicional con una agencia de atención a domicilio, puede continuar recibiendo esos servicios hasta que finalice el proceso de inscripción en el PPP. El proceso de inscripción en el PPP puede demorar de 2 a 3 meses. Para evitar una interrupción en el servicio, durante este período pueden continuar los servicios de la agencia tradicional.

Si desea inscribirse en el PPP y actualmente no recibe servicios de PCA tradicionales de una agencia de atención a domicilio, puede solicitar los servicios brindados por una agencia durante el proceso de inscripción en el PPP. El proceso de inscripción en el PPP puede demorar de 2 a 3 meses. Si requiere atención durante este período, su administrador de la atención de la MCO puede ayudarle a inscribirse en los servicios de PCA del modelo de agencia tradicional hasta que haya completado el proceso de inscripción en el PPP.

Una vez que se haya completado la inscripción en el PPP, su MCO cancelará los servicios de PCA del modelo de agencia tradicional. Si en cualquier momento el PPP no le funciona y desea cancelar su inscripción y retomar los servicios de PCA del modelo de agencia tradicional, su administrador de la atención de la MCO le ayudará a encontrar una nueva agencia.

Firma del participante

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

Firma del administrador de la atención

Fecha

NECESIDAD DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Un consumidor que no pueda manejar las responsabilidades de un programa de servicios dirigidos por el participante, debido a una incapacidad, a una limitación cognitiva o a la edad, deberá contar con un representante autorizado que actúe en su nombre.

Un representante autorizado puede ser el tutor legal del participante, un familiar o cualquier otra persona identificada que voluntariamente acepte la responsabilidad de realizar tareas de administración de dinero que el participante no pueda realizar. Un representante autorizado debe demostrar un compromiso personal con el participante y debe estar dispuesto a respetar sus deseos y preferencias, a la vez que actúa en su nombre con buen criterio. Los representantes autorizados actúan como empleadores del derecho común en lugar del participante. El representante no recibe una remuneración monetaria por este servicio y no puede actuar como empleado/trabajador del participante. Si un participante desea contar con un representante autorizado pero no puede identificar a una persona para que actúe como tal, el asesor del PPP le ayudará a identificar un representante adecuado.

¿Este miembro necesita un representante? Sí _____ No _____

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué? _____

Firma del beneficiario de Medicaid

Fecha

Firma del CM

Fecha

PLAN ALTERNATIVO

Todos los participantes del PPP deben completar un Perfil de Evaluación de Riesgos (RAP) durante la consulta inicial a domicilio con el asesor. El RAP determina el nivel de riesgo de un consumidor en casos de emergencia, como cuando un trabajador social llama para avisar que falta o hay una situación de desastre natural. El RAP indicará tres posibles niveles de riesgo: “Alto”, “Moderado” o “Mínimo”. El RAP debe completarse antes de que un participante pueda crear su Plan de Administración de Dinero (CMP).

El RAP determinará qué tipo de sistema alternativo, en caso de que corresponda, necesitará el participante para participar en el PPP. Si el RAP indica que el participante tiene un nivel de riesgo “Mínimo” o “Moderado”, el plan alternativo es opcional. En estos casos, el asesor del PPP analizará los posibles riesgos con el participante y le sugerirá incluir un plan alternativo viable en el CMP; sin embargo, la decisión de incluir un plan alternativo depende por completo del participante. Si el RAP indica que el participante tiene un nivel de riesgo “Alto”, se le exige al participante incluir un plan alternativo en el CMP. El asesor del PPP trabajará junto con el participante para ayudarlo a identificar un plan alternativo adecuado.

Un plan alternativo puede incluir lo siguiente:

- ✓ Un trabajador social alternativo, alguien que pueda trabajar cuando el trabajador social habitual falta o no puede trabajar.
- ✓ Una agencia de atención a domicilio con la que el participante tiene un contrato de manera privada para que suplante al trabajador social cuando este no pueda trabajar.
- ✓ La compra de un Sistema de Respuesta Personal ante Emergencias (PERS), para que el participante pueda solicitar ayuda de emergencia.

Los asesores controlan el posible riesgo de un participante durante el tiempo que esté inscrito en el PPP. Los participantes deben completar un RAP con el asesor una vez por año. Si la probabilidad de riesgos cambia a “Alta”, el participante deberá revisar su CMP para incluir un plan alternativo.

Comprendo que completar un Perfil de Evaluación de Riesgos es un requisito para los participantes en el Programa de Preferencia Personal.

Firma del beneficiario de Medicaid

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

Firma del administrador de la atención

Fecha

AVERIGUACIÓN DE ANTECEDENTES

Los trabajadores sociales, para todos los participantes del PPP, deben presentar averiguaciones de antecedentes como condición para el empleo, independientemente de la relación familiar. De acuerdo con el estatuto, las personas que tengan alguna condena penal no pueden recibir pagos provenientes de los fondos de Medicaid. Debido a que el Programa de Preferencia Personal está financiado por Medicaid, los trabajadores sociales que tengan las siguientes condenas penales no pueden ser empleados por un participante del PPP.

Los delitos descalificadores incluyen los siguientes:

- ✓ Delitos violentos (homicidio, agresión)
- ✓ Robo (fraude, robo de identidad)
- ✓ Explotación
- ✓ Delitos sexuales (violación/ataque sexual)
- ✓ Algunos delitos relacionados con drogas

A su leal saber y entender, ¿alguno de los trabajadores sociales que piensa contratar ha sido condenado por alguno de los delitos mencionados? _____ Sí _____ No

Las averiguaciones de antecedentes serán constantes. Si un trabajador social queda detenido por alguno de los delitos mencionados, se lo suspenderá y quedará en espera de una condena. _____

Firma del beneficiario de Medicaid

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

Firma del administrador de la atención

Fecha

DECLARACIÓN DE FRAUDE Y ABUSO

El **fraude** se define como la realización **imprudente e intencional** de declaraciones o representaciones falsas para obtener algún beneficio o pago al que no tendría derecho sin dichos datos o declaraciones. Estos actos pueden realizarse para el beneficio propio de la persona o para el beneficio de un tercero. En otras palabras, el fraude incluye la obtención de algo de valor a través de la tergiversación o del encubrimiento de datos. Se comete fraude cuando una persona o una empresa engaña, o distorsiona datos o información a fin de obtener algo a lo que no tendría derecho de otra manera. El fraude puede variar desde un acto individual hasta una operación de amplia envergadura por parte de una institución o de un grupo. Cualquier persona puede cometer fraude.

Algunos ejemplos de fraude de Medicaid incluyen, entre otros, los siguientes:

- ✓ Completar, a sabiendas o deliberadamente, una hoja de registro horario de manera incorrecta con horas o servicios que no se prestaron en el horario o en los días detallados.
- ✓ Permitir, a sabiendas o deliberadamente, que el PPP facture a Medicaid servicios que no se prestaron.
- ✓ Utilizar, a sabiendas o deliberadamente, el presupuesto mensual del PPP para cualquier otro fin que no sea el aprobado en el CMP.
- ✓ Permitir, a sabiendas o deliberadamente, que el trabajador social registre servicios u horarios que no se cumplieron.
- ✓ Facturar, a sabiendas o deliberadamente, bienes y servicios que no se brindaron.
- ✓ Pagar, a sabiendas o deliberadamente, a una persona por los servicios que en realidad prestó otra persona. (Esto también se considera fraude impositivo).
- ✓ Llegar, a sabiendas o deliberadamente, a un “acuerdo lateral” con el trabajador social para compartir su paga con usted. (Esto también se considera fraude impositivo).
- ✓ Ocultar, a sabiendas o deliberadamente, información a las autoridades durante una investigación.
- ✓ Comprar, a sabiendas o deliberadamente, un artículo aprobado en el presupuesto, obtener un reembolso del FMS por el artículo aprobado y luego, devolver el artículo aprobado para obtener el efectivo o utilizarlo para otro fin que no ha sido aprobado.

El **abuso** se define como aquellas prácticas que no coinciden con las buenas prácticas fiscales, comerciales o médicas, y derivan en un costo innecesario para Medicaid y otros programas, o en el reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con las normas profesionales reconocidas en cuanto a la atención médica. También incluye los actos por parte del beneficiario que derivan en costos innecesarios para el programa de Medicaid.

Algunos ejemplos de abuso de Medicaid incluyen los siguientes:

- ✓ Cometer errores al completar la tarjeta de registro horario del PPP y no informar el error de inmediato a su asesor o a la oficina del programa.
- ✓ Registrar las horas transcurridas en el hogar del participante de manera imprecisa y no comunicarse de inmediato con alguien para rectificar la situación.
- ✓ Demora en la entrega de la documentación relacionada con el cliente ante el FMS o la oficina del programa, por lo que las facturas entregadas son incorrectas.

Diferencia entre fraude y abuso

El fraude se refiere a cualquier acción intencional, deliberada e imprudente que tenga como fin sacar provecho de algo a lo que normalmente no tiene derecho. El abuso se refiere a cualquier acción involuntaria y no intencional, pero que de todos modos se realizó incorrectamente para su propio beneficio y no se informó de inmediato.

El **fraude y abuso de Medicaid** es un delito contra todos los contribuyentes y se los considera un delito estatal y federal. Todos los informes y las acusaciones de fraude y abuso dentro del PPP se enviarán a la División de Fraude de Medicaid de la Oficina estatal del auditor de NJ para una posible investigación penal. Los participantes sospechados de fraude o abuso de Medicaid se enfrentarán a la cancelación de su inscripción en el PPP.

Firma del participante

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

Firma del administrador de la atención

Fecha