HEALTH CARE AUTHORITY

Michelle Lujan Grisham, Governor
Kari Armijo, Cabinet Secretary
Alex Castillo Smith, Deputy Secretary
Kathy Slater Huff, Deputy Secretary
Kyra Ochoa, Deputy Secretary
Dana Flannery, Medicaid Director

Estimado solicitante y/o tutor,

Gracias por su interés en las Exenciones Basadas en el Hogar y la Comunidad (DD y Mi Vía) o en los Centros de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID).

Las siguientes páginas incluyen: 1) Formulario de Solicitud de Exenciones Basadas en el Hogar y la Comunidad y ICF/IID, 2) Información sobre HIPAA, 3) Lista de Contactos de la Oficina de Admisión y Elegibilidad y 4) Hoja Informativa de la Oficina de Admisión y Elegibilidad (IEB).

Envíe el **Formulario de Solicitud de Exenciones HCBS** completo y toda la documentación complementaria a la dirección o al número de fax que esta listado para su región en la Lista de Contactos de Admisión y Elegibilidad en las páginas 7 y 8 de este paquete. La fecha de su solicitud será la fecha en que la Oficina de Admisión y Elegibilidad de la DDSD recibió su paquete de solicitud completo y firmado.

Importante: la solicitud no se considerará completa sin lo siguiente:

- **número de seguro social del solicitante**
- **copias de la documentación que respalde el diagnóstico de una discapacidad del desarrollo, como evaluaciones neuropsicológicas/psicológicas, evaluaciones educativas, IEPs y/o informes de diagnóstico médico**.

Para más información sobre las Exenciones a Domicilio y en la Comunidad, visite nuestro sitio web en https://nmhealth.org/about/ddsd/.

Si necesita ayuda para cumplimentar este formulario, póngase en contacto con el trabajador de su región. La información de contacto esta en las páginas 7 y 8 de esta solicitud.

Una vez que recibamos su solicitud completa, el trabajador de elegibilidad asignado se pondrá en contacto con usted para revisar la solicitud y discutir los próximos pasos.

Si necesita ayuda o información en español, por favor llámenos al número 505-350-0034.

Si usted es una persona con una discapacidad y requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodo especial para participar en el registro o los servicios, por favor llámenos a los números indicados anteriormente o, a través del New Mexico Relay System TDD, al 1-800-659-8331. *Revisado 09/2024*

This page left blank intentionally.

HEALTH CARE AUTHORITY

Exenciones basadas en el hogar y la comunidad y Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID)

Efectivo 09/26/2024

Llene cada sección de las páginas 1 y 2 de este formulario. Llene cada sección cuidadosa y completamente como le sea posible y devuelva el formulario a la oficina DDSD de su región. La dirección y los datos de contacto estan en la lista adjunta.

Las solicitudes se aceptarán cuando se proporcionen copias de documentación como los informes de diagnóstico, junto con la solicitud completa, incluida la sección firmada de HIPAA.

Para uso oficial / For official use only		
DDSD staff entering in CR:		
Region:	☐ METRO ☐ NERO ☐ NWRO ☐ SERO ☐ SWRO	*date stamp/ application date*

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre – Apellido	*Nombre*	*Inicial de segundo nombre*	***Número de Seguro Social o ITIN***
Dirección	*Ciudad*	*Estado* / *Código postal*	*Número de teléfono*
Dirección postal	*Ciudad*	*Estado* / *Código postal*	*Condado de residencia*
Condado en el que se solicitan los servicios (si es distinto del de residencia)		*Sexo* ☐ M ☐ F	*Fecha de nacimiento*
Discapacidades del desarrollo (DD) y edad de inicio	*Correo electrónico*		*Idioma de preferencia*

INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL *

☐ Propio ☐ Padre ☐ Tutor legal/Agencia _____ ☐ Poder notarial

Un representante legal es un padre de un menor de dieciocho años con autoridad legal para tomar decisiones en nombre del solicitante; tutor legal personal; alguien con poder notarial que haya sido autorizado para tomar decisiones de atención médica; o cualquier otra persona que esté autorizada por ley para actuar en nombre del solicitante.

**** Cualquier persona que no sea el solicitante o los padres de un menor DEBERÁ incluir copias de los documentos que acrediten la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante.***

Nombre – Apellido	*Nombre*	*Correo electrónico*	
Dirección postal	*Ciudad*	*Estado* / *Código postal*	*Número de teléfono*

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Escriba el nombre y los datos de contacto de la persona designada por el solicitante para asistirle o encargarse de los asuntos relacionados con los servicios médicos del solicitante o de alguien designado por el solicitante para ser un punto de contacto en caso de que no se pueda localizar al solicitante.

Nombre – Apellido	*Nombre*	*Relación con el solicitante*	*Correo electrónico*
Dirección postal	*Ciudad*	*Estado* / *Código postal*	*Número de teléfono*

Yo, _____, como tutor legal del solicitante, autorizo a la DDSD a discutir el estado de esta solicitud con la(s) persona(s) arriba indicada(s):

Firma : _____ ***Fecha:*** _____

DOCUMENTACIÓN - No se tramitarán las solicitudes sin la documentación correspondiente

La documentación necesaria para determinar si un solicitante cumple los criterios de exención por discapacidad del desarrollo es la siguiente:

- **Discapacidad intelectual:** Si solicita la Exención por DD por discapacidad intelectual, la solicitud debe incluir un informe(s) de diagnóstico exhaustivo de un profesional cualificado autorizado con las puntuaciones de CI y Comportamiento Adaptativo. Este documento debe verificar el diagnóstico de DI.
- **Condición relacionada:** Si solicita la Exención por DD debido a una condición relacionada con la discapacidad intelectual, incluya un informe de diagnóstico completo de un profesional licenciado y cualificado. El diagnóstico de la condición relacionada debe estar verificado en el documento o documentos o en los resultados de las pruebas genéticas e incluir las puntuaciones del coeficiente intelectual y del comportamiento adaptativo (en los últimos 3 años). La documentación también debe incluir la confirmación de tres limitaciones funcionales importantes (SFL) en los últimos 12 meses.

La información solicitada puede encontrarse en los siguientes documentos:

• Evaluaciones educativas • Plan de Educación Individual (IEP) • Registros de diagnóstico médico	• Equipo de evaluación multidisciplinar (MET) • Revisión de los datos de evaluación existentes (REED)	• Evaluaciones neuropsicológicas/psicológicas • Evaluación del autismo/trastorno del espectro autista (ASD)

HIPAA – Se requiere un consentimiento firmado de la HIPAA para tramitar esta solicitud.

La Ley de Portabilidad del Seguro Médico de 1996 exige que las agencias de salud ofrezcan un Aviso de Prácticas de Privacidad a todas las personas que reciben servicios. Este formulario reconoce que usted ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud.

Al firmar a continuación, reconozco que se me brindó o se me ofreció una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Nuevo México.

Requerida: *Firma del cliente o tutor legal*	*Fecha*

NOMBRE Y PARENTESCO DE LA PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO

Escriba el nombre de la persona que presenta el formulario, su firma, su relación con el solicitante y la fecha en que se llenó el formulario.

Nombre escrito a máquina/impreso	*Firma*	*Relación con el solicitante*	*Fecha*

Envíe por correo o fax esta solicitud, junto con la documentación complementaria, a la oficina regional que se indica a continuación y en la hoja de contacto adjunta. En la hoja de contacto también se incluyen los nombres y números de teléfono y fax de los trabajadores/as de elegibilidad.

Región Metro *(condados de Bernalillo, Sandoval, Torrance y Valencia)* 5300 Homestead Road, Suite 230 Albuquerque, NM 87110	**Región Noreste** *(Condados de Colfax, Harding, Los Álamos, Mora, Río Arriba, San Miguel, Santa Fe, Taos y Unión)* 224 Cruz Alta, Suite B Taos, NM 87571	**Región Noroeste** *(condados de Cíbola, McKinley y San Juan)* 2914 E 66 Gallup, NM 87301	**Región Sureste** *(condados de Chávez, Curry, De Baca, Eddy, Guadalupe, Lea, Lincoln, Quay y Roosevelt)* 726 South Sunset, Suite B Roswell, NM 882033	**Región Suroeste** *(condados de Catron, Doña Ana, Grant, Hidalgo, Luna, Otero, Sierra y Socorro)* 1170 N. Solano Dr., Suite G Las Cruces, NM 88001

Es responsabilidad del solicitante/tutor legal notificar al trabajador de elegibilidad de la oficina regional cualquier cambio de dirección o número de teléfono.

Si necesita ayuda o información en español, por favor llámenos al número 1-505-350-0034.

Si usted es una persona con discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o requiere una adaptación especial para llenar la solicitud, llámenos al 800-283-5548 o, a través del New Mexico Relay System TDD, al 1-800-659-8331.

Autoridad de Atención Médica de Nuevo México
División de Asistencia Médica
División de Servicios de Adicción y Salud Mental

P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348
www.hsd.state.nm.us
Oficial Privado de HSD: (800) 283-4465
HSD.HIPAA@state.nm.us

32340988310000221200001

Revision Date: June 30th, 2024

Su Información. Sus derechos. Nuestras Responsabilidades.

Esta nota describe cómo se usa y se hace pública la información médica sobre Ud. y cómo tener acceso a esta información. **Por favor, revísela con cuidado.**

Sus derechos	**Ud. tiene derecho a:** ♦ Obtener una copia de su historial médico y sus reclamaciones ♦ Corregir la información de su salud y reclamaciones ♦ Solicitar una comunicación confidencial ♦ Pedir que limitemos la información que compartimos ♦ Obtener una lista de aquellos con quienes compartimos su información ♦ Obtener una copia de esta notificación de privacidad ♦ Elegir a alguien que lo represente ♦ Entablar una queja si Ud. cree que sus derechos sobre su privacidad han sido violados	♦ **Vea en la página dos** para mayor información sobre estos derechos y cómo hacerlos valer
Su elección	**Ud. tiene derecho a elegir la forma que se usa y comparte su información cuando:** ♦ Contestamos las preguntas sobre cobertura de su familia y amigos ♦ Proporcionamos alivio por un desastre ♦ Hacemos mercadeo para nuestros servicios y vendemos la información	♦ **Vea en la página 3** para mayor información en estas elecciones y cómo hacerlas valer
Nuestros usos y divulgaciones	**Podemos usar y compartir su información, mientras:** ♦ Le ayudamos a manejar el tratamiento médico que recibe ♦ Administramos nuestra organización ♦ Pagamos por sus servicios de salud ♦ Administramos su plan de salud ♦ Ayudamos con problemas de salud pública y seguridad ♦ Hacemos investigación ♦ Cumplimos con la ley ♦ Respondemos a las solicitudes de compensación para trabajadores, policía y otras solicitudes del gobierno ♦ Respondemos a demandas y acciones legales	♦ **Véa las páginas 3 y 4** para mayor información sobre usos y divulgaciones

32340988310000221200001

Sus Derechos	**Cuando se trata de la información de su salud, Ud. tiene ciertos derechos.** Esta sección le explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades.

Obtener una copia de su historial médico y sus reclamaciones
- Ud. puede pedir o ver una copia de su historial médico y reclamaciones y otra información de su salud que nosotros tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le daremos una copia o el resumen de su historial médico y reclamaciones, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Nos reservamos el derecho de cobrar una cantidad razonable basada en el costo.

Solicitar corrección de su historial médico y reclamaciones
- Puede pedir que corrijamos su historial médico y reclamaciones, si Ud. cree que hay información incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le haremos saber la razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales
- Ud. puede pedir que le contactemos de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o enviar un correo electrónico a una dirección diferente.
- Consideraremos todas la solicitudes que sean razonables, y debemos decir "sí" si nos dice que sería un peligro para Ud. si nosotros no lo hacemos.

Pedir que limitemos la información que compartimos
- Ud. puede pedir que **no** usemos ni compartamos cierta información de su salud para el tratamiento, pagos o en nuestras operaciones.
- No tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decir "no" si podría afectar su cuidado.

Obtener una lista de aquellos con quienes compartimos su información
- Ud. puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información, hasta seis años antes a la fecha de su solicitud, con quien la hemos compartido, y por qué.
- Es nuestra responsabilidad incluir todas las divulgaciones excepto aquellas sobre su tratamiento, pagos, operaciones del cuidado de la salud, y ciertas otras divulgaciones (como las que Ud. nos pidió hacer). Le proporcionaremos un informe por año, gratis, pero cobraremos una cantidad razonable, basada en el costo, si Ud. solicita otra copia dentro de 12 meses.

Obtener una copia de la notificación de privacidad
- Ud. puede solicitar en cualquier momento una copia en papel de esta notificación, incluso si Ud. haya acordado de recibir una notificación en forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad posible.

Elegir a alguien que lo represente
- Si Ud. le ha dado a alguien un poder notarial médico, o alguien es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información de su salud.
- Nos aseguraremos que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por Ud. antes de que tomemos cualquiera acción.

Entablar una queja si Ud. cree que sus derechos han sido violados
- Ud. puede entablar una queja si cree que nosotros hemos violados sus derechos. Puede contactarnos usando la información de la página 1 o ponerse en contacto con el actual oficial de cumplimiento de la División de Asistencia Médica, al (800) 283-4465.
- Ud. puede entablar una queja con el U.S. Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) en la oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue SW, Washington D.C. 20201 o llamando al (877) 696-6775 o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**
- No tomaremos represalias en su contra por entablar una queja.

32340988310000221200001

Sus Elecciones	Relacionada con cierta información de salud, Ud. puede elegir sobre lo que nosotros compartimos. Si Ud. tiene preferencias claras de qué manera compartimos su información en las situaciones descritas en la sección de Responsabilidades, hable con nosotros. Háganos saber qué quiere que nosotros, hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, Ud. tiene tanto el derecho y la elección de decirnos que:

- Compartamos la información con sus familiares, amigos cercanos u otras personas responsables del pago de su cuidado
- Compartamos información en una situación de ayuda debido a un desastre

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, nosotros simplemente compartiremos la información si creemos que es en su beneficio. También compartiremos su información para aminorar una seria o inminente amenaza a su salud o seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que Ud. nos haya dado un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones	**¿Cómo usamos y divulgamos típicamente su información de salud?** Generalmente usamos o compartimos la información de su salud de las siguientes maneras.

Le ayudamos a manejar el tratamiento que recibe

- Podemos usar su información y compartirla con los profesionales que lo/la están tratando.

Por ejemplo: Un especialista nos envía una solicitud para un plan de su diagnóstico y tratamiento, de manera que él pueda tratarlo más adelante.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.
- No podemos usar su información genética para decidir ni si le daremos cobertura o no ni el precio de su cobertura. Esto no se aplica a planes de cuidado de la salud a lago plazo.

Por ejemplo: Usamos la información sobre su salud para desarrollar un mejor servicio para Ud.

Pagar por sus servicios de salud

- Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos sus servicios de salud.

Por ejemplo: Compartimos la información de su salud con su plan dental para coordinar pagos y trabajos dentales.

¿De qué otra manera podemos usar y compartir su información de salud?	Estamos autorizados a, o debemos, compartir la información de su salud de otros modos – generalmente en modos que contribuyen al bienestar del público, como salud pública e investigación. Debemos cumplir con ciertas condiciones que prescribe la ley antes de compartir su información para esos propósitos. Para más información vea: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**

Ayudar a la salud pública y problemas de seguridad

- Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones tales como:
  - Prevenir enfermedades
  - Ayudar al retirar del mercado un product
  - Reportar reacciones adversas a medicinas
  - Reportar sospechas de abuso, descuido o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una seria amenaza a la salud o seguridad de alguien

Hacer Investigación

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación en salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir la información sobre Ud. si las leyes federales y estatales así lo requieren, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quieren asegurarse que cumplamos con la ley federal de la privacidad.

Responder a compensación para trabajadores, las agencias de la ley, y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar y compartir información de salud sobre Ud.:
  - Para reclamaciones de compensación para trabajadores
  - Para el cumplimiento de la ley o con oficiales encargados de cumplir la ley
  - Con agencias supervisoras para actividades que la ley autoriza
  - Para funciones especiales del gobierno, como el ejército, seguridad nacional y servicios protectores del presidente.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir la información sobre su salud para responder a una demanda de la corte o una orden administrativa o en respuesta a una citación legal

Hay leyes federales y estatales que pueden proteger o restringir ciertos tipos de información de salud para su uso o divulgación, tal como la información en relación al virus VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas, abuso de alcohol y drogas, enfermedades transmitidas por el sexo y salud reproductiva, y abuso o descuido de menores y ancianos.

Nuestras Responsabilidades

- Se requiere por ley mantener la privacidad y seguridad de su información protegida.
- Le haremos saber inmediatamente si ocurriera una violación que hubiera comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de seguridad en esta notificación y debemos darle una copia de ella.
- No haremos uso ni compartiremos su información que no sea en la forma descrita en esta notificación, a menos que Ud. nos autorice por escrito. Si Ud. nos da su autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información: póngase en contacto con nosotros usando la información en la página 1 o póngase en contacto con el actual oficial de cumplimiento de la División de Asistencia Médica, al (800) 283-4465.

Cambios a los términos de esta notificación

- Podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos de Ud.

La nueva notificación estará disponible a petición suya o en nuestro sitio de la internet.

32340988310000221200001

HEALTH CARE AUTHORITY

Pre-Service Intake Bureau
Contact List

REGIONAL OFFICES

PRE-SERVICE MANAGER: **Nicole Hernandez**

1170 N Solano, Suite G, Las Cruces, NM 88001
Cell: 505-372-8017 * Fax: 505-533-6077
nicole.hernandez3@hca.nm.gov

REGIONAL OFFICE PRE-SERVICE SPECIALISTS

NORTHEAST

Vacant
224 Cruz Alta Rd, Suite B
Taos, NM 87571
Cell: 505-423-4113
Fax: 505-533-6077
aida.franco@hca.nm.gov

NORTHWEST

Cheryle Anderson
2914 E Highway 66
Gallup, NM 87301
Cell: 505-372-8018
Fax: 505-533-6077
cheryle.anderson@hca.nm.gov

SOUTHEAST

Vacant (A – K)
726B S Sunset
Roswell, NM 88203
Cell: 505-372-8015
Fax: 505-533-6077
@hca.nm.gov

Bernadette Montoya (L – Z)
726B S Sunset
Roswell, NM 88203
Cell: 505-372-8019
Fax: 505-533-6077
bernadette.montoya@hca.nm.gov

SOUTHWEST

Bernice Rivera (A – K)
1170 N Solano, Suite G
Las Cruces, NM 88001
Cell: 505-372-8023
Fax: 505-533-6077
bernice.rivera@hca.nm.gov

Beverly Estrada (L – Z)
1170 N Solano, Suite G
Las Cruces, NM 88001
Cell: 575-997-7980
Fax: 505-533-6077
beverly.estrada@hca.nm.gov

HEALTH CARE AUTHORITY

Pre-Service Intake Bureau
Contact List

METRO OFFICE

PRE-SERVICE MANAGER:

Renee Valerio

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230, Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-372-8024 * Fax: 505-533-6077
renee.valerio@hca.nm.gov

METRO REGIONAL OFFICE PRE-SERVICE SPECIALISTS

Kathryn Lesarlley (A – Cn)
5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-372-8022
Fax: 505-533-6077
kathryn.lesarlley@hca.nm.gov

Moses Martinez (Co – Hd)
5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-362-8613
Fax: 505-533-6077
moses.martinez3@hca.nm.gov

Erin Farley (He – Mn)
5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-637-1567
Fax: 505-533-6077
erin.farley@hca.nm.gov

Denise Herrera (Mo – R)
5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-389-3664
Fax: 505-533-6077
denise.herrera1@hca.nm.gov

Micky Cariño (S – Z)
5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-372-8021
Fax: 505-533-6077
micky.carino@hca.nm.gov

PSIB ADMINISTRATIVE SUPPORT

Romelia Mendoza
5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-350-0034
Fax: 505-533-6077
romelia.mendoza@hca.nm.gov

Amelia Perez
5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-470-5825
Fax: 505-533-6077
ameliad.perez@hca.nm.gov

División de Asistencia para Discapacidades del Desarrollo (DDSD)

Hoja informativa de la Oficina de Admisión y Elegibilidad

HEALTH CARE AUTHORITY

¿Qué son las exenciones para servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS)?

La DDSD proporciona exenciones HCBS, incluidas las exenciones por discapacidad del desarrollo (DD) y Mi Via, para ayudar a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo a vivir exitosamente en su comunidad, ser más independientes y alcanzar sus objetivos personales.

¿Quién es eligible?

Las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que cumplen con la definición de discapacidad del desarrollo de acuerdo con el Código Administrativo de Nuevo México (NMAC) 8.290.400 son elegibles para las Exenciones HCBS. En general, para coincidir con la definición de una discapacidad del desarrollo el individuo debe:

- padecer una **discapacidad intelectual** que haya comenzado antes de los 18 años **o**
- una **afección relacionada** (ejemplos: parálisis cerebral, trastorno del espectro autista, síndrome de Down, epilepsia) que comenzó antes de los 22 años y es probable que continúe indefinidamente; con coeficiente intelectual o comportamientos adaptativos similares a los de alguien con DI; ***y*** tienen **limitaciones funcionales sustanciales** en al menos 3 áreas de actividad importante.

Cómo solicitar los beneficios

El primer paso en el proceso es completar el Paquete de Solicitud de Exención Basada en el Hogar y la Comunidad disponible en línea en https://www.nmhealth.org/about/ddsd/ o en su oficina local de la DDSD.

La fecha de solicitud recibida por la DDSD es la fecha de solicitud del Registro Central (anteriormente denominada fecha de registro). Recibirá una oferta basada en esa fecha de solicitud.

Después de que la oficina regional de la DDSD reciba la solicitud y la documentación complementaria, el trabajador de elegibilidad asignado a su caso se pondrá en contacto con usted y le comunicará si la información está completa, y podrán determinar si la persona cumple los criterios de DD o si se necesita información adicional. Si cumple los requisitos, recibirá una carta de "Sí cumple" los requisitos en la que se le indicará que su nombre está en la lista de espera para recibir servicios según la fecha de su solicitud.

Lista de espera para la exención DD

La lista de espera es un listado de personas que se ha determinado que cumplen la definición de discapacidad del desarrollo y están esperando una asignación a las exenciones. Las personas son retiradas de la lista de espera por fecha de solicitud cuando la asignación está disponible.

Servicios disponibles mientras esté en lista de espera

Mientras esté en la lista de espera, puede haber otros servicios disponibles, incluyendo los Fondos Generales del Estado (SGF), los Beneficios Comunitarios de *Centennial Care* y otros recursos comunitarios:

1. Fondos Generales del Estado (SGF)

Los Fondos Generales del Estado, o SGF, son un número limitado de servicios y ayudas disponibles para las personas que han completado el proceso de elegibilidad y están en la lista de espera de servicios. Para obtener más información y saber qué servicios están disponibles, póngase en contacto con el encargado de los Fondos Generales del Estado en su oficina regional.

2. Beneficios comunitarios de Centennial Care

Si usted es beneficiario de Medicaid, puede ser elegible para los beneficios comunitarios de *Centennial Care*. Póngase en contacto con su Organización de Atención Administrada (MCO) para obtener más información.

Asignaciones

Cuando la asignación de fondos esté disponible, se le enviará por correo una Carta de Interés y la Libertad Primaria de Elección (PFOC). La carta será enviada a la dirección que DDSD ha listado en el Registro Central, por lo que es fundamental que se comunique con su trabajador de elegibilidad sobre una base regular para asegurar que su información de contacto es actual.

Revisado en 09/26/2024