

Información básica de IHSS



Maria Iriarte, Senior Attorney

1. Solicitud de IHSS
2. Auto-evaluación
3. Supervisión protectora
 - a. SOC 821
 - b. SOC 825
4. Paramédico
 - a. SOC 321
5. Transportación
6. ¿Cómo se calculan las horas?
7. ¿Qué son las clasificaciones de índices funcionales y las pautas de tareas por hora?
 - a. Adulto
 - b. Niño
8. Solicitud de información que documenta las limitaciones funcionales del paciente
9. Proveedores de padres
10. Aviso de acción y apelaciones
11. Representarse a sí mismo en una audiencia estatal

Solicitud de IHSS

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO (Para ser completada por el Condado)

Nombre del Solicitante/Beneficiario:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
Condado de residencia:	# del Caso de IHSS:
Nombre del Trabajador de IHSS:	
Número de teléfono del Trabajador de IHSS:	Número de fax del Trabajador de IHSS:

B. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD (Para ser completada por el solicitante/beneficiario)

Yo, _____, autorizo la divulgación de información sobre el cuidado
(ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE)

de la salud relacionada a mi condición física y/o mental al Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar en lo que se refiere a mi necesidad de servicios domésticos/relacionados y de cuidado personal.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
(SOLICITANTE/BENEFICIARIO O TUTOR/CURADOR LEGAL)

Testigo (si la persona firma con una "X"): _____ Fecha: ____/____/____

A: EL PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD CON LICENCIA* –

La persona mencionada arriba ha solicitado o actualmente está recibiendo beneficios del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). La ley del Estado requiere que para que se autoricen o se continúen los servicios del Programa de IHSS, un profesional en el cuidado de la salud con licencia tiene que proveer una certificación sobre el cuidado de la salud en la cual declare que la persona mencionada arriba no puede hacer independientemente alguna actividad de la vida diaria y que sin los servicios de IHSS, esta persona estaría en peligro de ser colocada bajo cuidado fuera del hogar. Este formulario de certificación sobre el cuidado de la salud se tiene que completar y devolver al trabajador de IHSS mencionado arriba. El trabajador de IHSS usará la información que se provea para evaluar la condición actual de la persona y su necesidad para cuidado fuera del hogar si no se proveen los servicios de IHSS. El trabajador de IHSS tiene la responsabilidad de autorizar los servicios y las horas de servicio. La información que se provea en este formulario se considerará como un factor en la necesidad para servicios, y se considerará toda la documentación pertinente para hacer la determinación sobre IHSS.

IHSS es un programa cuyo propósito es habilitar a las personas de edad avanzada, ciegas, y discapacitadas quienes están más en riesgo de ser colocadas bajo cuidado fuera del hogar para que se queden de una manera segura en su propio hogar proveyéndoles servicios domésticos/relacionados y de cuidado personal. Los servicios de IHSS incluyen: limpiar la casa, preparar comidas, limpiar después de las comidas, lavar la ropa, ir de compras para la comida u otras necesidades, ayuda con el cuidado para la respiración, asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga, alimentación, baños en la cama, vestirse, cuidado de la menstruación, ayuda para moverse de un lado a otro, transferencias, bañarse y aseo personal, frotar la piel y reposicionamiento, cuidado/ayuda con prótesis, acompañar a citas médicas/recursos alternativos, eliminación de peligros en el patio/jardín, limpieza profunda, supervisión de protección (observar el comportamiento de una persona que no se dirige por sí misma, confundida, impedida mentalmente o con una enfermedad mental e intervenir cuando sea apropiado para salvaguardar al beneficiario de lesiones, peligros o accidentes), y servicios paramédicos (actividades que requieren un criterio basado en entrenamiento recibido de un profesional en el cuidado de la salud, tal como administrar medicinas, introducción de un instrumento agudo en la piel, etc., los cuales una persona haría por sí misma si dicha persona no tuviera limitaciones funcionales, y las cuales, debido a su condición física o mental, son necesarias para mantener su salud). El Programa de IHSS provee ayuda directa y/o asistencia verbal (recordando o sugiriendo) para los servicios mencionados anteriormente.

*Profesional en el cuidado de la salud con licencia significa una persona con licencia de la agencia reguladora apropiada en California, ejerciendo dentro del ámbito de su licencia o certificación como se define en el Código de Negocios y Profesiones. Estas personas incluyen pero no se limitan a médicos, asistentes de médicos, clínicos de centros regionales o clínicos supervisores, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, psiquiatras, psicólogos, optometristas, oftalmólogos, y enfermeras(os) del sistema de la salud pública.

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD**

Nombre del Solicitante/Beneficiario:

del Caso de IHSS:

C. INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

(Para ser completada solamente por un profesional en el cuidado de la salud con licencia)

NOTA: LAS PREGUNTAS #1 & #2 (Y #3 & #4 TAMBIÉN, SI SON PERTINENTES) TIENEN QUE SER COMPLETADAS COMO UNA CONDICIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE IHSS.

1. ¿Es cierto que esta persona <u>no puede</u> independientemente hacer una o más de las actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer, bañarse, vestirse, usar el baño, caminar, etc.), o actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, limpiar la casa, preparar comidas, ir a comprar comida, etc.)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2. En su opinión ¿se recomienda uno o más servicios de IHSS para prevenir la necesidad de cuidado fuera del hogar? (Vea la descripción de los servicios de IHSS en la página 1.)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<p>Si usted contestó "NO" a la pregunta #1 Ó #2, no conteste las preguntas #3 y #4 a continuación, y complete el resto del formulario incluyendo la certificación en la PARTE D al final del formulario.</p> <p>Si usted contestó "SÍ" a las preguntas #1 Y #2, conteste las preguntas #3 y #4 a continuación, y complete la certificación en la PARTE D al final del formulario.</p>	
3. Provea una descripción de cualquier condición física y/o mental, o limitación funcional, que ha resultado o contribuido a la necesidad de esta persona para asistencia del Programa de IHSS:	
4. ¿Se espera que esta condición(es) o limitación(es) funcional dure más de 12 meses seguidos, O se espera que resulte en el fallecimiento dentro de 12 meses?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Por favor, complete las preguntas #5 - 8, hasta donde le sea posible, para ayudar más al trabajador de IHSS a determinar la elegibilidad de esta persona.

5. Describa el tipo de servicios que usted provee a esta persona (por ejemplo, tratamiento médico, cuidado médico continuo no intenso, planificación para cuando se da de alta la persona, etc.):

6. ¿Durante cuánto tiempo ha provisto servicio(s) a esta persona?

7. ¿Con qué frecuencia tiene usted contacto con esta persona? (por ejemplo, mensualmente, una vez al año, etc.):

8. Indique la última fecha en que usted proveyó servicios a esta persona: ____ / ____ / ____

NOTA: ES POSIBLE QUE EL TRABAJADOR DE IHSS SE COMUNIQUE CON USTED PARA INFORMACIÓN ADICIONAL O PARA ACLARAR LAS RESPUESTAS QUE USTED PROVEYÓ EN LA PARTE ANTERIOR.

D. CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD CON LICENCIA

Al firmar este formulario, yo certifico que tengo una licencia profesional del Estado de California y que toda la información provista en la parte anterior es correcta.

Nombre:

Título:

Dirección:

Número de teléfono:

Número de fax:

Firma:

Fecha:

Número de Licencia Profesional:

Autoridad que otorgó la licencia:

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL TRABAJADOR DE IHSS ANOTADO EN LA PÁGINA 1.

Auto-evaluación

Parte 2: Hojas de trabajo para autoevaluaciones

(NOTA: La sección a continuación no es completamente accesible. Por favor, llámenos al 1-800-776-5746 si necesita obtener estas hojas de trabajo en un formato diferente.)

Hojas de trabajo para autoevaluaciones de Servicios de Apoyo en el Hogar

Servicios domésticos: solo para adultos. Los niños no son aptos para recibir horas de servicios domésticos.

Los servicios domésticos suelen limitarse a 6 horas al mes por familia y se dividen por el número de personas en la familia. Si necesita más de 6 horas de servicios domésticos al mes debido a la discapacidad del beneficiario (por ejemplo, una limpieza más frecuente del baño por incontinencia, mayor necesidad de quitar el polvo debido al asma, etc.), indique el tiempo necesario en las columnas a continuación.

TABLA DE SERVICIOS DOMÉSTICOS DE IHSS PARA IMPRIMIR Y LLENAR

SERVICIOS DOMÉSTICOS	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
a. Barrer y pasar la aspiradora								
b. Limpiar la encimera de la cocina								
c. Limpiar el horno y la estufa								

SERVICIOS DOMÉSTICOS	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
d. Limpiar y descongelar el refrigerador								
e. Guardar comida y suministros								
f. Sacar la basura								
g. Quitar el polvo y recoger								
h. Traer combustible para calefacción o para cocinar de un recipiente en el jardín, actividades varias								
i. Cambiar las sábanas								
j. Actividades varias								
SERVICIOS DOMÉSTICOS TOTALES								

Servicios relacionados: preparación de comidas, limpieza de alimentos, lavado de ropa rutinario, hacer las compras y otros mandados. (De lunes a domingo).

TABLA DE SERVICIOS RELACIONADOS DE IHSS PARA IMPRIMIR Y LLENAR

SERVICIOS RELACIONADOS	Lu.			Ma.			Mi.			Ju.			Vi.			Sá.			Do.			TOTAL			
	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C				
Desayuno=D, Almuerzo=A, Cena=C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	
a. Preparación de comidas, servir comidas, cortar la comida*																									
b. Limpieza de comidas y planificar menús**																									
c. Lavar la ropa, coser ropa, planchar, ordenar, plegar y guardar ropa (Normalmente, 60 minutos a la semana en el hogar, 90 minutos a la semana fuera del hogar)***																									

SERVICIOS RELACIONADOS	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
d. Otras compras y mandados (Normalmente, 30 minutos a la semana como máximo)***								
SERVICIOS RELACIONADOS TOTALES								

TABLA DE SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS DE IHSS PARA IMPRIMIR Y LLENAR

SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
<u>LIMPIEZA PROFUNDA</u>								
<u>SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS</u>								
a. Respiración*								
b. Capacidad para hacer sus necesidades (incluida la ayuda para sentarse y levantarse del inodoro)*								
c. Alimentación y bebida*								
d. Baños en la cama*								
e. Vestirse*								
f. Cuidados menstruales*								
g. Ambulación*								
h. Meterse y salir de la cama*								
d. Asearse; bañarse; cuidado del cabello, dientes y uñas*								

SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
j. Frotar la piel para ayudar con la circulación, darse la vuelta en la cama, reposicionarse en la silla de ruedas, ayuda para entrar y salir de vehículos*								
k. Cuidado y ayuda con las prótesis*								
SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL TOTALES								

TABLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE DE IHSS PARA IMPRIMIR Y LLENAR

SERVICIOS DE TRANSPORTE		Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
Transporte médico									
a. A citas médicas***									
b. A recursos alternativos									
REDUCCIÓN DEL PELIGRO EN EL JARDÍN									
SUPERVISIÓN DE PROTECCIÓN									
<u>SERVICIOS PARAMÉDICOS</u> (por ejemplo, cateterismo, inyecciones, ejercicios de amplitud de movimiento, etc.; especifique)									
SERVICIOS SEMANALES TOTALES (Todo excepto servicios domésticos)									
Multiplique por 4.33 para obtener el total mensual									

Más los servicios domésticos (6 horas al mes como máximo, a menos que se pueda demostrar una necesidad mayor de horas en la página 1 anterior)									
SERVICIOS MENSUALES TOTALES									

* Si las horas con asterisco suman 20 o más a la semana, el beneficiario cumple los requisitos para ser considerado como una persona con un “impedimento grave”.

** Las horas de limpieza de las comidas se incluyen para determinar si hay un impedimento grave si es necesaria la asistencia de IHSS con la preparación y el consumo de las comidas.

*** IHSS pagará el tiempo de transporte para ir y volver de las citas médicas, así como el tiempo de espera. Para que se le pague por esperar en una cita médica, el proveedor tiene que demostrar que, mientras está en la cita médica del beneficiario, no puede marcharse porque no puede predecir cuánto tiempo durará. Para obtener más información sobre el transporte para ir y volver de las citas médicas, así como los tiempos de espera de los proveedores en dichas citas, consulte nuestra publicación Tiempos de espera y de traslado de los proveedores de IHSS, disponible en Internet. [Pub. de DRC 5607.01](#).

Supervisión protectora

SOC 821

SOC 825

5493.02

Supervisión preventiva de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Diciembre de 2017, Publicación N.º 5493.02

La supervisión preventiva es un servicio IHSS para las personas que, debido a un impedimento o enfermedad mental, necesitan ser observadas las veinticuatro horas del día para protegerlas de lesiones, riesgos o accidentes. Se le puede pagar a un proveedor de IHSS para que observe y supervise a un niño o adulto con discapacidad cuando la persona puede permanecer segura en su hogar si se le ofrece supervisión las veinticuatro horas del día. MPP 30-757; MPP 30-757.173(a).

Puede resultar difícil obtener los servicios de supervisión preventiva, y se requerirá documentación clara sobre la necesidad de acceder a ellos. Esta publicación pretende ayudarlo a comprender los criterios de elegibilidad para obtener la supervisión preventiva y, además, ayudarlo a recusar una denegación de estos servicios. La presente incluye el material adjunto, que necesitará a fin de solicitar la supervisión preventiva y prepararse para una audiencia.

- 1) Evaluación de la necesidad de supervisión preventiva para el Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (SOC 821 [3/06]). El médico del beneficiario de los IHSS debe completar este formulario.
- 2) Carta de muestra del médico para acceder a la supervisión preventiva. El médico del beneficiario de los IHSS debe proporcionar una carta más detallada donde explique la necesidad. Además, deberá obtener una copia del registro de peligros o lesiones del beneficiario a fin de redactar esta carta.
- 3) Plan de cobertura de supervisión preventiva las veinticuatro horas del día (SOC 825 [6/06]). Usted debe completar este formulario.

¿Por qué es importante la supervisión preventiva?

El programa de IHSS comprende cuatro programas que se analizarán más adelante. Las personas que reúnen los requisitos para acceder a la supervisión preventiva son elegibles para la cantidad máxima de horas mensuales, ya sea 195 o 283. Sin embargo, la cantidad máxima de horas necesaria depende de cuál de los cuatro programas corresponda y de si se considera que el beneficiario presenta una "discapacidad grave". Es posible que también se adapte la cantidad total de horas autorizadas (es decir, las horas que puede obtener un beneficiario) debido a la recepción de recursos alternativos. Los beneficiarios de los IHSS deben consultar su notificación de resolución para saber qué programa de IHSS se les ha asignado y de qué manera el condado determinó sus horas.

Los cuatro programas de IHSS y la cantidad máxima de horas que puede recibir una persona son los siguientes:

- El Programa Residual de IHSS (IHSS-R)
- Las personas que no presentan una discapacidad grave pueden recibir hasta un máximo de 195 horas mensuales cuando acceden a la supervisión preventiva. Las personas que presentan una discapacidad grave reciben 283 horas mensuales. (Código de Bienestar e Instituciones, sección 12303.4).
- El Programa de Servicios de Cuidado Personal (PCSP)
- Los consumidores inscritos en el PCSP reúnen los requisitos para recibir un máximo de 283 horas mensuales, independientemente de si se considera que presentan una discapacidad grave o no. (Carta a todos los condados 93-21 [16 de marzo de 1993] en <http://www.dss.cahwnet.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl93/93-21.PDF>).
- El Programa de IHSS Plus Opciones (IPO)
- Las personas que no presentan una discapacidad grave pueden recibir hasta un máximo de 195 horas mensuales cuando acceden a la supervisión preventiva. Las personas que presentan una discapacidad grave reciben 283 horas mensuales. (Código de Bienestar e Instituciones, sección

14132.952; Carta a todos los condados 11-19 [23 de febrero de 2011] en <http://www.dss.cahwnet.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2011/11-19.pdf>).

- La Primera Opción Comunitaria (CFCO)
- Las personas que no presentan una discapacidad grave pueden recibir 195 horas de servicios de supervisión preventiva, más horas de otros servicios, hasta un máximo de 283 horas mensuales. (Carta a todos los condados 14-60 [29 de agosto de 2014] en <http://www.dss.cahwnet.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf>).

¿Cómo califico como persona que presenta una discapacidad grave?

Para calificar como persona que presenta una “discapacidad grave”, debe necesitar veinte horas o más por semana en el área de servicios personales no médicos, preparación de comidas, limpieza en caso de que se requiera preparación de comidas y alimentación, y servicios paramédicos (MPP 30-701(s)(1)).

¿Cuándo está disponible la supervisión preventiva de IHSS?

Las personas que cumplen con los requisitos para la supervisión preventiva deben tener lo siguiente:

- 1) Un “impedimento mental” o una “enfermedad mental” que produzca limitaciones funcionales en lo siguiente:
 - Memoria (por ejemplo, olvidarse de cosas, personas, lugares, comenzar o terminar una tarea, etc.).
 - Orientación (por ejemplo, incapacidad para reconocer y adaptarse al tiempo, las personas, los lugares, el entorno, etcétera, que se necesitan para vivir y terminar tareas).
 - Juicio (por ejemplo, tomar decisiones que pongan en riesgo la salud o seguridad de la persona).

Y

- 2) Los impedimentos deben hacer que el beneficiario experimente confusión y una incapacidad para autodirigir su comportamiento a fin

de mantenerse seguro y a salvo de daños o lesiones. MPP 30-757.171. Por ejemplo, un beneficiario de los IHSS que no entienda lo que puede o no puede hacer y que, sin la supervisión preventiva, estaría en riesgo de sufrir lesiones por intentar hacer cosas que van más allá de sus capacidades. Tales impedimentos graves pueden ocurrir en caso de retraso mental, autismo, enfermedad de Alzheimer, demencias y discapacidades psiquiátricas. **Sin embargo, tener solo una de estas discapacidades no califica automáticamente a un beneficiario de los IHSS para recibir supervisión preventiva.**

Y

- 3) El condado también debe determinar si el beneficiario necesita ser observado las veinticuatro horas del día para que permanezca seguro en su hogar. MPP 30-757.173. Esto no significa que el proveedor tiene que estar presente y observar a la persona en todo momento. Puede incluir observar a una persona en alguna forma alternativa mientras está sola durante un período breve y fijo. MPP 30-172 (b)(3) y ACL 98-87.

Asimismo, se le exige al personal del condado que explique la disponibilidad y la necesidad de los servicios de supervisión preventiva y si la atención fuera del hogar sería una alternativa adecuada a dichos servicios o no. MPP 30-757.174.

¿Cuándo no está disponible la supervisión preventiva?

La supervisión preventiva se denegará si se necesita debido a lo siguiente:

- Visitas a amigos o actividades sociales.
- Cuando la necesidad es causada por una afección médica y la persona necesita supervisión médica (por ejemplo, cuidar a un beneficiario y realizarle un procedimiento de aspiración o girarlo para evitar la asfixia).
- Para anticiparse a una emergencia médica (por ejemplo, impedimento grave en las funciones corporales o disfunción grave de una parte u órgano del cuerpo. Entre los ejemplos se incluyen los accidentes cerebrovasculares, las convulsiones o los ataques cardíacos o de asma.
- Para controlar un comportamiento antisocial o agresivo del beneficiario (por ejemplo, participar en peleas o destruir bienes).
- Para evitar comportamientos autodestructivos intencionales (es decir, después de una consideración cuidadosa de los efectos y

las consecuencias), como el suicidio, o en caso de intenciones deliberadas de lastimarse. (MPP 30-757.172).

¿La supervisión preventiva está disponible para los niños?

Sí. Un niño puede recibir supervisión preventiva. Sin embargo, debe necesitar una supervisión más rigurosa que los otros niños de la misma edad.

El personal del condado debe evaluar el funcionamiento mental de los niños de manera personalizada y brindar supervisión preventiva según las necesidades individuales. Se debe evaluar a todos los niños con un impedimento mental a fin de determinar el acceso a la supervisión preventiva.

No se les puede denegar la supervisión preventiva a los niños sobre la base de lo siguiente:

- Debido a la edad solamente.
- Porque el niño no ha sufrido una lesión reciente.
- Porque los padres dejan al niño solo durante un período fijo, por ejemplo, cinco minutos.

El condado debe considerar todos los hechos a fin de determinar la necesidad de supervisión preventiva, como la edad, falta de lesiones, ausencia de los padres.

Asimismo, el condado debe conversar con los padres o el tutor del niño sobre la disponibilidad y elegibilidad para acceder a la supervisión preventiva y no dará por sentado que ellos pueden brindar los servicios de manera gratuita. (ACL 98-87).

Cómo documentar los comportamientos debidos a impedimentos o enfermedades mentales a fin de demostrar la elegibilidad para acceder a la supervisión preventiva

A fin de demostrar elegibilidad para acceder a la supervisión preventiva, deberá brindar documentación que demuestre que, debido a un impedimento o enfermedad mental, el beneficiario de los IHSS presenta riesgos de sufrir lesiones si no se lo supervisa en todo momento durante las veinticuatro horas del día. La documentación debe incluir ejemplos de situaciones en las que el beneficiario se lastima a sí mismo o se pone en peligro cuando se lo deja solo.

En caso de que no pueda identificar ningún comportamiento peligroso del beneficiario ni situaciones en las que se lastime o no esté a salvo cuando se lo deja solo, es posible que se le deniegue la solicitud de supervisión preventiva.

Debe asegurarse de conservar una copia de toda la documentación que recopile a fin de demostrar la elegibilidad para acceder a los servicios de supervisión preventiva.

1) Cree un registro de peligros y lesiones

La mejor manera de demostrar la elegibilidad (por ejemplo, la necesidad de supervisión preventiva) es crear una lista o un registro a fin de documentar cada accidente o lesión o casi accidente o lesión que haya tenido el beneficiario, dentro de los últimos seis (6) meses o más, en caso de ser necesario.

El registro o la lista que realice debe describir cada acción que haya realizado el beneficiario que podría provocar una lesión o lo haya puesto en riesgo de sufrir una lesión o daño, y con qué frecuencia ocurre.

Algunos ejemplos de este tipo de comportamientos incluyen los siguientes: dejar cigarrillos encendidos por la casa, utilizar una esponja de aluminio para bañarse y limpiarse, deambular fuera de la casa y perderse, dejar entrar a extraños, encender la hornalla y olvidar apagarla, encender fuegos pequeños en la casa, dejar las canillas abiertas, ingerir productos peligrosos o alimentos no saludables, golpearse la cabeza contra las paredes, morderse o rasguñarse, usar cuchillos u otros objetos domésticos no seguros, treparse a un lugar alto y saltar con la intención de volar, esconderse en el refrigerador, meter los dedos en el portalámparas para ver si hay electricidad, deambular por la calle sin prestar atención al tráfico, tirarse a una piscina sin saber nadar, intentar mover muebles cuando la persona no posee el equilibrio ni la fuerza necesarios, intentar levantarse de la cama cuando la persona no posee la capacidad de usar o controlar los músculos para hacerlo, realizar cualquier tarea fuera de su capacidad mental o física que pueda lastimar o poner en riesgo al beneficiario.

Si el beneficiario no ha tenido un accidente ni se ha involucrado en una situación peligrosa recientemente, explique el motivo. Por ejemplo, la persona a cargo del cuidado de los IHSS y los familiares cuidan a la persona las veinticuatro horas del día a fin de evitar accidentes. Explique las medidas que debieron tomar las personas a cargo del cuidado y los familiares a fin de evitar lesiones o accidentes.

También puede crear una sección de notas en el registro de peligros y lesiones que indique por qué el hogar del beneficiario no se puede modificar o convertir en completamente seguro y la manera alternativa de supervisar al beneficiario de los IHSS al dejarlo solo durante un período breve y fijo (si correspondiera). Por ejemplo, el beneficiario puede quedarse solo dos veces al mes para que el familiar vaya de compras durante no más de dos horas, y se lo supervisa a través de llamadas telefónicas al hogar cada veinte minutos.

2) Obtenga cartas adicionales para documentar la necesidad de supervisión preventiva

Obtenga una carta del centro regional o de cualquier otro recurso, como un programa diurno o un programa escolar. La carta debe incluir la siguiente información:

- La edad del beneficiario.
- Información acerca del impedimento o enfermedad mental del beneficiario.
- Información acerca de la gravedad de las limitaciones funcionales generadas por los impedimentos en las áreas de la memoria, la orientación y el juicio.
- Descripción de cómo las limitaciones en las áreas de la memoria, la orientación y el juicio generan confusión y comportamientos no autodirigidos (por ejemplo, incapacidad para identificar lugares, horarios, personas, etc.).
- Información acerca de si la persona debe estar o no vigilada y supervisada para mantenerse segura y por qué (por ejemplo, cuando hace cosas que no son seguras, se la reorienta oralmente, y el comportamiento se detiene).
- Ejemplos de comportamientos peligrosos que tenga la persona y con qué frecuencia ocurren.

Cómo obtener documentación médica sobre la necesidad de supervisión preventiva

- 1) Obtenga un formulario de “evaluación de la necesidad de supervisión preventiva para el Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar” (SOC 821 [3/06]) completado por el médico del beneficiario.**

Debe contar con un formulario SOC 821 vigente completado por el médico del beneficiario en el momento de solicitar los servicios de supervisión preventiva. Conserve una copia del formulario. El condado utilizará este formulario para recopilar información y tomar una decisión acerca de la necesidad de supervisión preventiva. Puede descargar el formulario SOC 821 en

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC821.PDF>

Solo puede firmar el formulario un profesional médico con una especialidad o competencia práctica en el área de la memoria, la orientación y el juicio. MPP 30-757.173(a)(1)(A).

En el formulario SOC 821, el médico del beneficiario debe brindar información acerca de la función del beneficiario en las áreas de la memoria, la orientación y el juicio. Asimismo, debe incluir información acerca de toda lesión o accidente que el beneficiario haya sufrido debido a deficiencias en las áreas de la memoria, la orientación y el juicio, y si la persona puede o no ponerse en situaciones físicamente peligrosas.

Muchas veces, el condado otorgará la supervisión preventiva si el médico del beneficiario marca las casillas "Sí" en las preguntas uno y dos del formulario SOC 821 y las casillas "Grave" en todas las áreas de funcionamiento, y denegará la supervisión preventiva en el resto de los casos. No obstante, el condado debe utilizar el formulario SOC 821 junto con otra información pertinente para evaluar la necesidad de supervisión preventiva. El formulario (SOC 821) no debe utilizarse por sí solo para probar la elegibilidad para la supervisión preventiva. (Código de Bienestar e Instituciones, sección 12301.21; y MPP 30-757.173(a)(2) y (3)).

Nota: En el caso de que el médico del beneficiario haya completado el formulario SOC 821 (3/06) anteriormente y haya indicado que el beneficiario no necesitaba supervisión preventiva, pero haya indicado la necesidad de acceder a este servicio en el nuevo formulario SOC 821, deberá explicar el porqué del cambio. Por ejemplo, si las limitaciones funcionales del beneficiario se agravaron o si el médico anteriormente marcó la casilla incorrecta o no sabía cómo completar el formulario, este debe explicar la situación al completar nuevamente el formulario SOC 821.

2) Obtenga una carta adicional del médico donde se documente la necesidad de supervisión preventiva (Anexo 1)

Obtenga una carta del médico que documente la discapacidad del beneficiario (enfermedad o impedimento mental), el nivel de funcionamiento y la edad, y que describa cómo la discapacidad genera falta de discernimiento, confusión, falta de memoria o desorientación. Puede utilizar el formulario incluido al final de esta publicación para obtener del médico del beneficiario la información detallada anteriormente.

El médico debe tener conocimiento acerca de los comportamientos y la capacidad física o mental de la persona para ponerse en situaciones peligrosas a fin de poder completar adecuadamente el formulario de este paquete o presentar una carta con información útil acerca de cómo los impedimentos del beneficiario no permiten que se lo deje solo. Puede entregar al médico del beneficiario una copia de su registro de peligros y lesiones a fin de compartir con él la información acerca de los comportamientos peligrosos del beneficiario que no permiten que se lo pueda dejar solo en ningún momento durante las veinticuatro horas del día.

Otros formularios necesarios para obtener la supervisión preventiva

1) UN FORMULARIO DEL “PLAN DE COBERTURA DE SUPERVISIÓN PREVENTIVA LAS VEINTICUATRO HORAS DEL DÍA” (SOC 825 [6/06]) completado por usted

En el caso de que solicite supervisión preventiva las veinticuatro horas, también debe completar el formulario SOC 825. En este formulario, se debe brindar información acerca de cómo se proveerá la supervisión preventiva las veinticuatro horas. MPP 30-757.173(a)(1)(A)(5). Si bien se indica que es un “formulario opcional para uso del condado”, le recomendamos que lo complete.

Está disponible en la oficina de bienestar local de su condado. Está disponible en internet en <http://www.dss.cahwnet.gov/cdssweb/entres/forms/English/soc825.pdf>.

El condado dice que no necesito supervisión preventiva. ¿Qué hago?

Los condados encuentran muchos motivos frecuentes para decir que una persona no reúne los requisitos para acceder a la supervisión preventiva. A continuación, se incluye una lista de justificaciones frecuentes del condado y algunas posibles respuestas.

¿Existe un impedimento mental grave?	
Justificación del condado	Algunas respuestas
No se observaron impedimentos mentales graves durante la visita al hogar.	Su registro diario, la declaración del médico, los registros del centro regional; la visita al hogar fue demasiado corta, observó el comportamiento y no respondió a las preguntas guía; los pacientes con demencia solo muestran los “buenos días” a las visitas; el formulario SOC 293, en la línea H, indica 5 para un solo impedimento mental.
Necesita supervisión preventiva debido a un impedimento físico y no a uno mental.	Debido al impedimento mental no comprende el impedimento físico, no comprende ni percibe las consecuencias de sus acciones en relación con los impedimentos físicos. Es decir, trata de levantarse o caminar sin ayuda, aunque no pueda hacerlo sin correr el riesgo de lastimarse; ingiere dulces sin tener en cuenta los riesgos que sufre debido a la diabetes; trata de quitarse la venda, las sondas o los aparatos ortopédicos porque le duelen o generan irritación, etc.
Los impedimentos físicos generan un comportamiento peligroso.	Los impedimentos mentales también lo generan, pero no es necesario demostrar que son la única causa.

¿Existe un comportamiento peligroso en el hogar?

Justificación del condado	Algunas respuestas
El diagnóstico formal de la condición mental no prueba la necesidad.	La declaración del médico con respecto al comportamiento típico de la persona con ese diagnóstico.
No tuvo lesiones en un pasado reciente.	Se supervisó bien al beneficiario.
No se encontraron pruebas de comportamiento peligroso durante la visita al hogar por parte del trabajador del condado.	La frecuencia no es por hora; no se realizó una visita el día anterior ni el posterior; no se pueden generalizar las veinticuatro horas del día en función de una hora.
La parálisis física "completa" evita que el beneficiario haga cosas peligrosas.	Cualquier acción intencional que sea peligrosa, como, por ejemplo, retirarse el catéter, la sonda gástrica, etc.

Otros recursos para los IHSS y la supervisión preventiva

Disability Rights California cuenta con publicaciones y otra información útil en su sitio web sobre los IHSS, disponible en http://www.disabilityrightsca.org/issues/inhome_pubs.html.

Asimismo, Disability Rights California brinda servicios gratuitos a los californianos con discapacidad sobre temas relacionados con la discapacidad. Para obtener ayuda, puede comunicarse con Disability Rights California al 1-800-776-5746 para solicitar admisión.

El Departamento de Servicios Sociales de California publica sus reglamentos en el "Manual de Políticas y Procedimientos" o "MPP", en su sitio web en <http://www.dss.cahwnet.gov/ord/PG310.htm>.

El Departamento de Servicios Sociales de California publica sus Cartas a todos los condados (ACL) y Notificaciones de información para todos los condados (ACIN) en su sitio web en <http://www.dss.cahwnet.gov/lettersnotices/default.htm>.

Anexo 1

Descripción general de la supervisión preventiva

Para ser elegible para la supervisión preventiva, una persona debe tener una enfermedad o impedimento mental que genere comportamientos tales como los siguientes: falta de discernimiento (tomar malas decisiones con respecto a la salud o la seguridad), confusión o desorientación (deambular, perderse, confundir personas, días u horarios) o mala memoria (olvidarse de comenzar o terminar algo). Tales impedimentos pueden ocurrir en caso de retraso mental, autismo, enfermedad de Alzheimer, demencias y discapacidades psiquiátricas. La supervisión preventiva implica cuidar a una persona a fin de mantenerla segura.

La supervisión preventiva no está disponible en los siguientes casos:

- Visitas a amigos o actividades sociales.
- Cuando la necesidad es causada por una afección médica y la persona necesita supervisión médica.
- Para anticiparse a una emergencia médica.
- Para controlar un comportamiento antisocial o agresivo.

Muestra de lo que debe incluir la carta del médico

Para demostrar que es elegible para acceder a la supervisión preventiva, el beneficiario de los IHSS debe obtener una prueba (una carta) del médico acerca de su necesidad del servicio. La carta del médico debe describir la discapacidad de la persona (enfermedad o impedimento mental), el nivel de funcionamiento, los impedimentos funcionales y la edad, y cómo la discapacidad genera falta de discernimiento, confusión, falta de memoria o desorientación. Además, debe brindar ejemplos de los comportamientos peligrosos de la persona que no son considerados tales por ella.

Asimismo, la carta debe responder las preguntas en la página siguiente, o bien debe completar el formulario a continuación además de redactar la carta sobre la necesidad de la persona de acceder a la supervisión preventiva.

Nombre del beneficiario: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Pronóstico: _____

1. ¿La persona tiene un impedimento mental o cognitivo como resultado de su discapacidad?

Marque la respuesta correcta: Sí o No

2. ¿El impedimento mental o cognitivo no permite que se pueda dejar sola a la persona?

Marque la respuesta correcta: Sí o No

3. ¿Los comportamientos descritos en el registro de peligros y lesiones de la persona son coherentes con su diagnóstico?

Marque la respuesta correcta: Sí o No

4. ¿La discapacidad de la persona puede generar el tipo de comportamientos que se indican en el registro de peligros y lesiones?

Marque la respuesta correcta: Sí o No

5. ¿La discapacidad puede afectar el juicio de la persona en lo que respecta a la seguridad?

Marque la respuesta correcta: Sí o No

6. Brinde una breve explicación de la respuesta anterior y una descripción de las limitaciones funcionales del beneficiario:

La información precedente es según mi leal saber y entender.

Firmado por: _____ Fecha: _____

¡Queremos escucharlo! Complete la siguiente encuesta sobre nuestras publicaciones y déjenos su opinión sobre lo que estamos haciendo: [\[Completar la encuesta\]](#)

Para obtener asistencia legal, llame al 800-776-5746 o complete el [formulario de solicitud de asistencia](#). Por otras cuestiones, llame al 916-504-5800 (norte de CA); 213-213-8000 (sur de CA).

Disability Rights California cuenta con el patrocinio de varias instituciones. Para ver la lista completa de patrocinadores, visite <http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html>.

**EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE SUPERVISIÓN PROTECTORA
PARA EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR** Se adjunta la publicación de la información

Médico	NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: / /
a cargo	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (SI ESTÁ DISPONIBLE)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CONDADO:	
Profesionales médicos			
NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL DE IHSS:			
dirección postal		N.º TELEFÓNICO DE CONTACTO EN EL CONDADO:	N.º DE FAX DEL CONDADO:

Su paciente es un solicitante/destinatario de los Servicios de apoyo en el hogar (IHSS, por sus siglas en Inglés) y se está evaluando su necesidad de Supervisión protectora. La Supervisión protectora se encuentra disponible para proteger al paciente contra accidentes o peligros, mediante la observación y el control del comportamiento de personas que no tienen control sobre sí mismas, sufren confusiones y son mentalmente discapacitadas o enfermas. Este servicio no se encuentra disponible en los siguientes casos:

- b. cuando la necesidad de supervisión protectora es consecuencia de un trastorno físico, y no de una discapacidad mental;
- c. para visitas de amistades u otras actividades sociales;
- d. cuando la necesidad de supervisión es consecuencia de un trastorno médico y se requiere supervisión médica;
- e. como anticipación de una emergencia médica (como convulsiones, etc.);
- f. para prevenir o controlar el comportamiento antisocial o agresivo del destinatario.

Complete este formulario y regréselo de inmediato. Gracias por colaborar con nosotros para determinar la elegibilidad para la Supervisión protectora.

(Código de Bienestar e Instituciones §12301.21)

FECHA EN QUE REVISO AL PACIENTE POR ÚLTIMA VEZ:	TIEMPO QUE TRATÓ AL PACIENTE:
DIAGNÓSTICO/ENFERMEDAD MENTAL:	PRONÓSTICO: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal - Período de tiempo:

MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES**MEMORIA**

- No tiene problema de deficiencia Deficiencia moderada o intermitente (explicar abajo) Deficiencia grave de memoria (explicar abajo)

Explicación: _____

ORIENTACIÓN

- No muestra desorientación Desorientación/confusión moderada (explicar abajo) Desorientación grave (explicar abajo)

Explicación: _____

CAPACIDAD DE DISCERNIMIENTO

- Inalterada Levemente alterada (explicar abajo) Gravemente alterada (explicar abajo)

Explicación: _____

1. ¿Tiene conocimientos de alguna lesión o algún accidente que haya sufrido el paciente con motivo de una deficiencia en su memoria, orientación o capacidad de discernimiento? Sí No

En caso afirmativo, especifique: _____

2. ¿El paciente conserva la movilidad o capacidad física para ubicarse en una situación que podría ocasionar una lesión, un peligro o un accidente? Sí No

3. ¿Desea aportar información adicional o realizar algún comentario? _____

CERTIFICACIÓN

Certifico que dispongo de una licencia para ejercer mi profesión en el Estado de California y que la información suministrada arriba es correcta.

FIRMA DEL MÉDICO O PROFESIONAL MÉDICO:	ESPECIALIDAD MÉDICA:	FECHA:
DIRECCIÓN:	LICENCIA N.º:	TELÉFONO:

ENTREGUE ESTE FORMULARIO A: DIRECCIÓN POSTAL DEL CONDADO, CIUDAD, CA: DIRIGIDO A: NOMBRE-TRABAJADOR SOCIAL

SUPERVISIÓN PROTECTORA PLAN DE COBERTURA LAS 24 HORAS AL DÍA

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS):	NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO:
DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO DE IHSS:	
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE:	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO:
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:	

Como la persona de contacto principal para los arreglos relacionados con el plan de cobertura las 24 horas al día para el beneficiario mencionado anteriormente, confirmo mi entendimiento de lo siguiente:

- Se han hecho arreglos y se ha establecido un plan de cobertura las 24 horas al día.
Los requisitos de un plan de cobertura continua las 24 horas al día se pueden cumplir usando cualquier combinación de horas pagadas por los Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) y varios otros recursos alternativos (es decir, centros de cuidado para adultos o niños durante el día, centros de recursos comunitarios, centros para ancianos, centros para descanso temporal, etc.).
- Los requisitos de un plan de cobertura las 24 horas al día se cumplirán en todo momento.
- Si hay algún cambio al plan de cobertura las 24 horas al día (es decir, hospitalización, participación en programas de cuidado durante el día, viajes, etc.), inmediatamente **le notificaré al trabajador social de IHSS.**
- El beneficiario mencionado anteriormente tiene una necesidad establecida para supervisión protectora las 24 horas al día para poder quedarse en su hogar de una manera segura. El trabajador social de IHSS también me ha hablado acerca de lo apropiado que es el cuidado fuera del hogar como alternativa a la supervisión protectora las 24 horas al día.

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (1):	NÚMERO DE TELÉFONO:
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (2):	NÚMERO DE TELÉFONO:
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (3):	NÚMERO DE TELÉFONO:

Describe la implementación del plan de cobertura las 24 horas al día para supervisión protectora:

FIRMA DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE:	FECHA:
FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE IHSS:	NÚMERO DE TELÉFONO:

**SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)
SUPERVISIÓN PROTECTORA
PLAN DE COBERTURA LAS 24 HORAS AL DÍA (SOC 825)**

INSTRUCCIONES

El "Plan de cobertura las 24 horas al día, Supervisión protectora (SOC 825)" de IHSS es un formulario opcional para el uso del condado. La intención del formulario SOC 825 es asegurar que los beneficiarios que necesitan supervisión protectora, tengan cuidado las 24 horas que se necesita para su salud y seguridad las 24 horas al día. El trabajador social del beneficiario y el proveedor de cuidado de IHSS, ya sea un miembro de la familia, amigo, o una persona que no tenga ningún parentesco, deben discutir juntos un plan u horario para que el beneficiario tenga cobertura las 24 horas al día.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS): Anote el nombre completo del beneficiario de IHSS.

NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO: Anote el número de teléfono para comunicarse con el beneficiario.

DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO DE IHSS: Anote la dirección del hogar del beneficiario donde se llevará a cabo la mayoría de la cobertura las 24 horas al día.

NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE: Anote el nombre de la persona de contacto con la responsabilidad principal de coordinar el plan de cobertura las 24 horas al día.

PARENTESCO/RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO: Anote el parentesco/relación de la persona de contacto principal con el beneficiario, (es decir, miembro de la familia, proveedor de cuidado de IHSS, amistad, etc.).

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (1), (2), (3), Y SU NÚMERO DE TELÉFONO: Anote el nombre de cada proveedor de cuidado responsable por el cuidado del beneficiario durante las 24 horas de cobertura. Anote el número de teléfono para comunicarse con cada proveedor.

Si hay más de tres (3) proveedores de cuidado responsables de este beneficiario, se puede adjuntar una hoja adicional con los nombres y números de teléfono para comunicarse con ellos.

Describa la implementación del plan de cobertura para supervisión protectora las 24 horas al día:

Anote el horario planeado, o explicación del plan en el cual el proveedor (o proveedores) mencionado anteriormente se asegurará de que el beneficiario tiene cuidado durante todo el período de las 24 horas. Se puede adjuntar una hoja adicional si se necesita más espacio para describir el plan de cobertura las 24 horas al día.

FIRMA DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE y FECHA:

Una vez que se haya desarrollado el plan de cobertura para las 24 horas al día, la persona de contacto principal firmará y pondrá la fecha en el formulario cuando el plan se haya discutido con el trabajador social autorizando la supervisión protectora.

FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE IHSS y SU NÚMERO DE TELÉFONO:

Cuando se hay discutido un plan de cobertura para las 24 horas al día y que la persona contacto principal haya firmado y puesto la fecha, el trabajador social del condado firmará el formulario y anotará su número de teléfono para comunicarse con dicho trabajador.

Una copia del formulario se le proporcionará a la persona de contacto principal y el documento original se mantendrá en el expediente del caso con el condado.

Paramédico

SOC 321

F044.02



California's protection & advocacy system
Línea gratuita (800) 776-5746

El programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) cubre los servicios paramédicos

Octubre de 2014, Pub. N.º F044.02 - Spanish

¿Qué son los Servicios paramédicos?

Los servicios paramédicos incluyen:

- administración de medicamentos que no sean los cubiertos por los servicios de cuidado personal no médicos (ver a continuación)
- inyecciones
- tratamientos respiratorios, nebulizador
- higiene pulmonar (golpear el área del pulmón en la espalda y el pecho para aflojar las secreciones)
- cambio de catéteres o ayudar a evacuar la orina con un catéter
- irrigación de la bolsa de Bricker o de la ostomía; cambio, limpieza y mantenimiento del lugar del estoma
- ejercicios de movilidad y otras terapias en el hogar solicitadas por un médico
- alimentación a través de sonda gástrica o nasogástrica y cuidado del lugar del estoma
- cuidado de la piel y la herida en caso de úlceras de decúbito (escara por presión o por permanecer en la cama) o una herida relacionada con la diabetes o, si la persona tiene antecedentes de decúbito, verificar que no haya irritaciones en el cuerpo que podrían convertirse en úlceras de decúbito
- succión a través de una traqueotomía, o la nariz y la boca, lo que incluye la succión traqueal (profunda)

- programa de intestinos para pacientes con lesiones en la médula espinal o discapacidades mentales que afecten el sistema gastrointestinal
- extracción digital de las heces
- colocación de supositorios o enema
- ajuste, control y conexión de la sonda y del respirador; ajuste del dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (C-PAP, por sus siglas en inglés) o de bipresión positiva (BiPAP), colocación de la máscara
- control para determinar la necesidad de una intervención, lo que incluye los medicamentos que se suministran en la medida que sean necesarios, en lugar de en un horario establecido.
- cortar las uñas de los pies cuando fuera necesario para evitar lesiones en la piel

¿Dónde puedo encontrar la ley sobre servicios paramédicos?

La sección 12300.1 del Código de Bienestar e Instituciones establece que:

“Los servicios de apoyo en el hogar” incluyen los servicios paramédicos necesarios solicitados por un profesional de la salud matriculado, es decir, autorizado por ley, para las personas que por sus limitaciones funcionales no pueden realizarlos. Los servicios paramédicos incluyen **la administración de medicamentos, punción de la piel o inserción de un dispositivo médico en un orificio del cuerpo, actividades que requieran procedimientos estériles u otras actividades que dependen del criterio de un profesional del cuidado de la salud licenciado en función de su capacitación.**

Los reglamentos que implementan esta ley se encuentran en la sección 30-757.19 del Manual de Políticas y Procedimientos (MPP).

<http://www.dss.cahwnet.gov/ord/entres/getinfo/pdf/ssman2.pdf>.

¿Cómo sé si lo que necesito es un “servicio paramédico”?

Si tiene alguna duda sobre si una tarea en particular es un servicio paramédico, hágase las preguntas de la ley:

(a) ¿La tarea implica una punción de la piel o insertar un dispositivo médico en un orificio del cuerpo?

(b) ¿La tarea requiere procedimientos estériles?

(c) ¿La tarea exige tomar una decisión en base a la capacitación o instrucción del equipo de tratamiento del beneficiario?

Por ejemplo, si un niño, debido a su discapacidad, es propenso a contraer infecciones y tener fiebre alta, el médico puede solicitarle que le tome la temperatura tres veces por día y podría decirle qué hacer si la temperatura está a un nivel en particular o por encima del mismo. Eso se encontraría dentro de servicios paramédicos, si bien en la mayoría de los casos tomar la temperatura de un niño no sería una tarea paramédica.

¿Algún servicio de cuidado personal se superpone con los servicios paramédicos?

Existen tres áreas en las que los servicios de cuidado personal y los paramédicos se superponen:

(1) Administración de medicamentos: Los servicios de cuidado personal incluyen “la ayuda con la autoadministración de medicamentos *** que consiste en recordarle al beneficiario que tome los medicamentos recetados o disponibles sin receta cuando se deben tomar, configurar los Medi-sets” o cortar pastillas a la mitad. MPP 30-757.14(i). Otro tipo de asistencia recaería dentro de servicios paramédicos (colocar medicamentos en la boca del beneficiario o triturarlos y ponerlos en la comida; en el caso de medicamentos que se administran cuando se necesitan, determinar cuándo se necesitan; administrar medicamentos a través de supositorios, nebulizador,

ungüento como en una herida o a través de una sonda gástrica o nasogástrica).

(2) Ejercicios de movilidad (por ejemplo, para minimizar contracturas, mantener flexibles las extremidades): Los servicios de cuidado personal no médicos cubren los ejercicios de movilidad, lo que incluye la supervisión de ejercicios para mantener la función, la fuerza, el modo de andar, mejorar el modo de andar, la resistencia, etc. MPP 30-757(g). Sin embargo, cuando un profesional de la salud receta un ejercicio de movilidad u otro programa de terapia en el hogar y se implementa con la ayuda de un proveedor que ha recibido la instrucción de hacerlo, esa terapia puede cubrirse como servicio paramédico.

(3) El cambio de posición y el frotamiento de la piel para estimular la circulación y evitar el agrietamiento de la piel están cubiertos dentro de servicios de cuidado personal. Sin embargo, el cuidado de las escaras por presión o de las úlceras de decúbito (cuidado de la piel y las heridas), así como la evaluación de la piel para identificar las irritaciones que pudieran ser las precursoras del agrietamiento de la piel, estaría cubierto dentro de los servicios paramédicos.

Completar y entregar el formulario paramédico

Se adjuntan los formularios paramédicos que debe completar, firmar y entregar antes de que se le autorice determinado tiempo para servicios paramédicos a un beneficiario de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). Este formulario también está disponible en Internet. Usted o el consultorio de su médico pueden acceder a este sitio Web: <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC321.pdf>. La información se puede tipear y el formulario se puede imprimir.

Debe trabajar con el consultorio de su médico, de manera que se complete el formulario correctamente y que incluya todo el tiempo necesario para el servicio paramédico. Según la tarea paramédica de la que se trate, el tiempo puede incluir sacar equipos o materiales, lavar las manos, colocarse guantes, esterilizar o limpiar la zona del cuerpo en la que se realizará el procedimiento (por ejemplo, donde se colocará la

inyección). Al finalizar la tarea, es posible que se necesite más tiempo para quitar los guantes, tomar precauciones universales para la eliminación de fluidos corporales o de material que se haya ensuciado con dichos fluidos, limpiar la zona, lavarse las manos, guardar cosas, lo que incluye a menudo guardar los medicamentos bajo llave. A veces, las tareas también incluyen llevar registros, por ejemplo, escribir cuándo se administran los medicamentos a demanda y por qué, resultados de los estudios de glucosa, cuándo se colocan las inyecciones, etc.

El beneficiario, o la persona que actúa en nombre del mismo, también firmará el formulario prestando consentimiento por la tarea que el proveedor de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) realizará.

A veces, los trabajadores de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del condado dicen que sólo el trabajador puede enviar el formulario al médico. **¡Eso es falso!** Tiene derecho a que un tercero complete el formulario por usted. Puede completar el formulario antes, de manera que lo pueda entregar al trabajador del condado cuando vaya a su casa para una evaluación. Usted o el médico pueden enviar el formulario al trabajador de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del condado.

El trabajador de IHSS del condado no puede desestimar las órdenes del médico. Sin embargo, a veces el trabajador del condado puede llamar al médico y hablar con él para reducir el tiempo especificado. Advierta al consultorio de su médico al respecto. Por ejemplo, el consultorio de su médico puede pedirle al trabajador de IHSS del condado que escriba las preguntas o el médico puede optar por no hablar con dicho trabajador. Se nos ha informado que algunos trabajadores de IHSS del condado realizan llamados tan molestos que el médico optó por no atender más al beneficiario de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) porque implicaba demasiados problemas por la baja tarifa de pago de Medi-Cal.

Disability Rights California cuenta con el patrocinio de varios recursos. Para ver la lista completa de los patrocinadores, visite <http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html>.

SOLICITUD DE PEDIDO Y CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS PARAMÉDICOS

Nombre del Paciente

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDI-CAL

PARA:

Estimado médico:

Este paciente ha presentado una solicitud para los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) y ha declarado que necesita ciertos servicios paramédicos para poder permanecer en su hogar. Se le solicita que indique en este formulario cuáles son los servicios específicos necesarios y qué enfermedad específica requiere de dichos servicios.

Los Servicios de Apoyo en el Hogar están autorizados a solventar la prestación de los servicios paramédicos, si usted los solicita para este paciente. En función de la finalidad de este programa, los servicios paramédicos son actividades que, debido a la enfermedad física o mental del beneficiario, son necesarias para mantener la salud del beneficiario y que el beneficiario realizaría por sí mismo si no padeciera una discapacidad funcional. Estos servicios estarán a cargo de las personas que proporcionan los servicios de cuidado de los Servicios de Apoyo en el Hogar, quienes no disponen de licencia para ejercer la atención de la salud y rara vez se capacitarán en la prestación de servicios de cuidado de la salud. En caso de solicitar los servicios, usted será el responsable de dirigir la prestación de los servicios paramédicos.

Su examen de este paciente es reembolsable a través de Medi-Cal como una visita al consultorio, siempre que se satisfagan todos los otros requisitos correspondientes a Medi-Cal.

Si desea realizar alguna pregunta, comuníquese conmigo.

FIRMADO	TÍTULO	NÚMERO TELEFÓNICO	FECHA
---------	--------	-------------------	-------

PARA SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL CON LICENCIA

NOMBRE DEL PROFESIONAL CON LICENCIA	TELÉFONO DEL CONSULTORIO
-------------------------------------	--------------------------

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO (SI NO FIGURA ARRIBA)

TIPO DE CONSULTORIO

TIPO DE CONSULTORIO

Médico/Cirujano Podólogo Dentista

CONTINÚA AL DORSO

ENTREGAR A: (DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO DEL CONDADO)

C
1

¿El paciente padece de una afección médica que origina la necesidad de los servicios paramédicos de IHSS?
En caso afirmativo, enumere la(s) afección(es) debajo:

SÍ NO

Cite los servicios paramédicos que se necesitan y se deberían proporcionar a través de IHSS según su criterio profesional.

TIPO DE SERVICIO	TIEMPO REQUERIDO PARA PRESTAR EL SERVICIO CADA VEZ QUE SE PRESTA	FRECUENCIA*		¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE DEBE PRESTAR ESTE SERVICIO?
		N.º DE VECES	PERÍODO	

*Indicar el número de veces que se debe prestar un servicio para un período de tiempo específico: (Ejemplo: dos veces a día, etc.)

Comentarios adicionales:

SI CONTINÚA EN OTRA
PÁGINA, VERIFICAR AQUÍ

CERTIFICACIÓN

Certifico que dispongo de una licencia para ejercer mi profesión en el Estado de California, según se especifica arriba, y que este pedido corresponde al ámbito de mi práctica médica. Según mi criterio, los servicios que he solicitado son necesarios para mantener la salud del beneficiario y podrían ser realizados por el beneficiario mismo si no padeciera una discapacidad funcional.

Proporcionaré las instrucciones necesarias, según mi opinión, para la prestación de los servicios solicitados.

He informado al beneficiario sobre los riesgos asociados con la prestación de los servicios solicitados por su prestador de IHSS.

	FECHA
--	-------

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Se me ha notificado sobre los riesgos asociados con la prestación de los servicios enumerados arriba, y doy mi consentimiento para recibir estos servicios por parte de mi prestador de los Servicios de Apoyo en el Hogar.

	FECHA
--	-------

Transportación

5607.02



California's protection & advocacy system

Tiempos de espera y de traslado de los proveedores de IHSS

Actualizado en julio de 2018, Pub. N.º 5607.02 - Spanish

1. ¿Puedo recibir horas de IHSS para que mi proveedor me lleve a las consultas con el médico?

Sí, esto se denomina “acompañamiento a consultas médicas”. El acompañamiento a “consultas de atención médica” (por ejemplo, en el consultorio del médico, dentista u otro profesional de la salud) es un servicio IHSS que determinados beneficiarios pueden obtener. Este acompañamiento puede autorizarse cuando un beneficiario necesita otro servicio IHSS para llegar a una consulta médica o a un recurso alternativo o volver de allí, o si lo necesita en el lugar de destino.ⁱ Por ejemplo, si se ha autorizado a un beneficiario a recibir acompañamiento a consultas médicas, también se le puede pagar al proveedor para que ayude al beneficiario de IHSS con el traslado de ida y vuelta de dichas consultas.

Algunos de los ejemplos de asistencia en el traslado incluyen ayudar al beneficiario a subir y bajar del vehículo, a sentarse correctamente y a usar el cinturón de seguridad. Para que lo autoricen a recibir el acompañamiento médico, debe decirle a su trabajador social de IHSS que tiene una consulta médica y que necesita la ayuda de su proveedor de IHSS para llegar a esa consulta. El trabajador social de IHSS evaluará su necesidad de ayuda para ir y venir de las consultas médicas.ⁱⁱ No es necesario que los proveedores de servicios IHSS usen sus vehículos particulares para transportar a los beneficiarios de ida y vuelta de las consultas médicas. Sin embargo, un beneficiario puede pagarle a su proveedor para que use su vehículo para transportarlo en dichos casos.

2. ¿Se le puede pagar a un proveedor de IHSS por el tiempo de espera en una consulta médica de un beneficiario de IHSS?

Sí. Desde el 1 de febrero de 2016, se les puede pagar a los proveedores por el tiempo de espera en las consultas médicas. Para poder recibir el pago de la espera, el proveedor debe demostrar que, mientras está en la consulta médica del beneficiario, no puede irse porque no puede predecir cuánto tiempo llevará la consulta. Un ejemplo de esto sería cuando un proveedor lleva a un beneficiario a una consulta médica y tiene que esperar en el consultorio porque, en cualquier momento, podría tener que llevarlo de regreso a su casa. Esto significa que el proveedor se “compromete a esperar” o que tiene un “tiempo de espera en servicio”.

Si se cumplen todas las condiciones a continuación cuando se autoriza a un beneficiario a obtener el acompañamiento médico, se considerará que el proveedor tiene un “tiempo de espera fuera de servicio” (lo que significa que no se le pagará por el tiempo que pase esperando al beneficiario):

1. La cantidad de tiempo que llevará la consulta se sabe de antemano, por lo que se notificará al proveedor, con bastante anticipación, que no se necesitarán sus servicios durante ese lapso y que puede usarlo para fines propios.
2. La consulta está programada para durar suficiente tiempo en el que el proveedor puede ocuparse de asuntos personales.
3. No se necesita que el proveedor brinde ningún otro servicio autorizado, por ejemplo, comprar comida, hacer otras compras o mandados, durante el tiempo que dure la consulta.

Si se cumplen todas las condiciones mencionadas, el beneficiario debe decirle al proveedor que no necesitará de sus servicios hasta una hora específica en la que este deberá regresar para acompañarlo a su casa. No se le pagará al proveedor por este tiempo. Si NO se cumplen todas las condiciones mencionadas anteriormente, se considerará que el proveedor tiene “tiempo de espera en servicio” y se le deberá pagar por el tiempo que pase esperando al beneficiario.

Puede encontrar más información sobre los tiempos de espera en la carta a todos los condados n.º 16-01.ⁱⁱⁱ

3. ¿Qué sucede si necesito que mi proveedor me lleve a un recurso alternativo? ¿Aún se le puede pagar para que me espere?

Los individuos pueden ser transportados a un lugar donde recursos alternativos brindan servicios de apoyo en el hogar al beneficiario en lugar del programa IHSS.^{iv} Generalmente, en el caso de los individuos que reciben tiempo para el acompañamiento médico a un recurso alternativo, el tiempo que un proveedor de IHSS pasa esperando no sería compensable porque, a menudo, se deja a los beneficiarios y se vuelve a buscarlos a una hora específica. Normalmente, no se le paga a un proveedor por el tiempo de espera relacionado con el acompañamiento a los lugares de recursos alternativos porque puede hacer uso del tiempo de manera eficaz para fines propios, y este se considera tiempo de espera fuera de servicio.^v Sin embargo, para determinar si el tiempo de espera se paga, el trabajador social debe determinar si el proveedor está usando “tiempo de espera en servicio” o “tiempo de espera fuera de servicio”.^{vi}

4. ¿Un menor puede recibir horas de IHSS para acompañamiento a las consultas con el médico?

Existen requisitos especiales a fin de poder autorizar el acompañamiento médico para los beneficiarios menores de edad. Solo se puede autorizar si el beneficiario menor de edad tiene una “necesidad extraordinaria evaluada”, la consulta es con un especialista y el menor tiene la necesidad de que se realice una tarea de IHSS autorizada durante el traslado de ida y vuelta al lugar de la consulta.

Para obtener acompañamiento médico y los tiempos de espera autorizados asociados para el beneficiario menor de edad, se debe cumplir cada una de las siguientes tres condiciones:

1. El beneficiario menor de edad debe tener una necesidad extraordinaria evaluada. Una necesidad extraordinaria es aquella con base en una incapacidad funcional generada por la discapacidad del menor y dicha necesidad es mayor de lo que se espera en el caso de un menor de la misma edad sin la incapacidad funcional.

2. Las consultas deben ser con un médico u otro profesional de la salud matriculado en una disciplina de cuidado médico especializado y deben estar relacionadas con la discapacidad del menor o con su incapacidad funcional. El acompañamiento médico no puede autorizarse para consultas de rutina con el pediatra o con el médico de cabecera del beneficiario menor de edad, por ejemplo, consultas por el bienestar del bebé o niño, controles anuales, vacunas, consultas relacionadas con enfermedades o lesiones comunes en los niños, etc.
3. El beneficiario menor de edad debe necesitar una tarea de IHSS autorizada durante el traslado de ida y vuelta de la consulta, o en el lugar de la consulta.

Las pautas para autorizar el tiempo de espera para beneficiarios adultos no se aplican en los casos de los beneficiarios menores de edad. Esto sucede porque, generalmente, se espera que alguno de los padres esté presente durante las consultas médicas, para poder participar en un intercambio con el profesional médico sobre la salud del niño y tomar decisiones sobre su tratamiento y cuidado. El trabajador social debe incluir el tiempo de espera en la autorización de las horas. Puede encontrar más información y ejemplos en la carta a todos los condados n.º 17-42.

5. ¿Se le puede pagar a un proveedor de IHSS por el tiempo de traslado entre beneficiarios?

Sí. Se les puede pagar a los proveedores de IHSS por el tiempo de traslado. El tiempo de traslado es aquel que le lleva al proveedor el viaje directamente desde el lugar donde atienden a un beneficiario hasta otro lugar para brindar servicios a otro beneficiario en el mismo día. Sin embargo, un proveedor no puede cobrar por el tiempo que le lleve trasladarse de ida y vuelta de su propia casa hasta el lugar en el que se encuentre un beneficiario de IHSS. Además, los proveedores solo pueden recibir un reembolso de 7 horas de tiempo de traslado por semana.^{vii}

Los proveedores que tengan varios beneficiarios deben comunicarse con el condado para completar el formulario SOC 2255 y enviarlo a la oficina de IHSS. El proveedor debe completar este formulario para recibir una compensación por su tiempo de traslado.

¡Queremos escucharlo! Complete la siguiente encuesta sobre nuestras publicaciones y déjenos su opinión sobre lo que estamos haciendo:

[\[Completar la encuesta\]](#)

Para obtener asistencia legal, llame al 800-776-5746 o complete el [formulario de solicitud de asistencia](#). Por otras cuestiones, llame al 916-504-5800 (norte de CA); 213-213-8000 (sur de CA).

Disability Rights California cuenta con el patrocinio de varias instituciones. Para ver la lista completa de patrocinadores, visite la siguiente página: [haga clic aquí para acceder a la "Lista de contratos y subvenciones de patrocinio"](#) en la sección de documentos del sitio web de Disability Rights California.

ⁱ Consulte el artículo 12300(b) del Código de Bienestar e Instituciones y el artículo 30-780.1(b)(5)(A)-(B) del Manual de Políticas y Procedimientos (MPP). [\(Volver al Documento Principal\)](#)

ⁱⁱ Consulte el artículo 30-757.15. del MPP. [\(Volver al Documento Principal\)](#)

ⁱⁱⁱ La carta a todos los condados n.º 16-01, con fecha 7 de enero de 2016, está disponible en línea en [este enlace que dirige al PDF](#). [\(Volver al Documento Principal\)](#)

^{iv} MPP, artículo 30-757.154. [\(Volver al Documento Principal\)](#)

^v Consulte la carta a todos los condados n.º 17-42, con fecha 23 de junio de 2017, disponible en línea en [este enlace](#); consulte también la carta a todos los condados n.º 14-82, con fecha 25 de noviembre de 2017, disponible en línea en [este enlace que dirige al PDF](#). [\(Volver al Documento Principal\)](#)

^{vi} Para obtener más información, consulte la carta a todos los condados n.º 17-42, disponible en línea en [este enlace](#); consulte también la carta a todos los condados n.º 14-82, con fecha 25 de noviembre de 2017,

disponible en línea en [este enlace que dirige al PDF](#). [\(Volver al Documento Principal\)](#)

vii Puede consultar información sobre el tiempo de traslado aquí: [enlace que dirige al PDF sobre el tiempo de traslado para los proveedores del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar en el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California](#). [\(Volver al Documento Principal\)](#)

¿Cómo se calculan las horas?

5611.02



California's protection & advocacy system

Cómo se calculan las horas de IHSS

Junio de 2018, Pub. n.º 5611.02 - Spanish

En esta publicación se explica cómo se calculan las horas mensuales del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)¹. Esta publicación da por sentado que usted ya ha solicitado IHSS, que ya se ha llevado a cabo la evaluación domiciliaria con el trabajador social de IHSS y que ha recibido una notificación de resolución (NOA) en la que se aprueban las horas. Para obtener más información sobre el [proceso de solicitud de IHSS, consulte el manual "Nuts and Bolts", n.º 5470.01²](#)

A) Antecedentes

(1) Financiación de IHSS

En primer lugar, es importante que comprenda las diferentes fuentes de financiación de IHSS, porque la fuente de financiación donde se lo incluya (también conocida como "programa") determinará la cantidad máxima de horas mensuales de IHSS que tendrá disponible. Tenga en cuenta que "las horas que tendrá disponible" no son necesariamente todas las horas que obtendrá. Los factores que determinan las horas que recibirá se explican en esta publicación.

¹ Según nuestro leal saber y entender, esta es la fórmula que el Estado usa para calcular los servicios IHSS. ([Volver al documento principal](#))

² La publicación de DRC "In-Home Supportive Services Nuts and Bolts Manual (Servicios de Apoyo en el Hogar - Manual de información básica)" se encuentra disponible en el siguiente enlace: [Servicios de Apoyo en el Hogar de DRC - Manual de información básica](#). ([Volver al documento principal](#))

Existen cuatro programas de IHSS. Cada programa tiene criterios de elegibilidad diferentes y un máximo de horas mensuales disponibles, dependiendo de si se lo considera una persona que presenta o que no presenta una discapacidad grave (puede leer más sobre esto debajo). Estos son los programas disponibles:

- el Programa de Servicios de Cuidado Personal (PCSP);
- el Programa de IHSS Plus Opciones (IPO);
- el Programa Residual de servicios de apoyo en el hogar (IHSS-R);
- la Primera Opción Comunitaria (CFCO).

Para saber cuál es su programa, revise su notificación de resolución³ (en la que se aprueba su solicitud de IHSS) o consulte a su trabajador social de IHSS.

En el siguiente cuadro se incluyen los programas y el máximo de horas de IHSS disponibles mensualmente:

Programa	Si se lo considera una persona que presenta una discapacidad grave (SI) – hasta:	Si se lo considera una persona que no presenta una discapacidad grave (NSI) – hasta:	Citas/Fuente de información
PCSP	283 h/mes	283 h/mes	Notificación de información para todos los condados (ACIN) n.º I-28-06
IPO	283 h/mes	195 h/mes	Carta a todos los condados (ACL) n.º 11-19
IHSS-R	283 h/mes	195 h/mes	ACIN n.º I-28-06
CFCO	283 h/mes	Hasta 283 h/mes	ACL n.º 14-60

³ Consulte [Notificación de resolución - Cambio de programa de Servicios de Apoyo en el Hogar \(IHSS\)](#) para obtener un modelo de una NOA. ([Volver al documento principal](#))

- PCSP:

Para ser elegible para el PCSP, usted debe estar recibiendo cobertura de alcance completo de Medi-Cal⁴ y su proveedor de IHSS no puede ser su cónyuge ni su padre.

- IPO:

Para ser elegible para el IPO, usted no debe calificar para el programa PCSP por alguna de las siguientes razones:

- su proveedor(es) de IHSS es su cónyuge o su padre;
- usted recibe pago por adelantado⁵;
- recibe una asignación de alimentos en un restaurante⁶.

- i. IHSS-R:

⁴ La cobertura de alcance completo de Medi-Cal implica que usted puede acceder a todos los servicios de Medi-Cal disponibles. ([Volver al documento principal](#))

⁵ El pago por adelantado es una alternativa para los beneficiarios de IHSS para recibir un pago por adelantado por sus servicios mensuales con el objetivo de pagar a sus proveedores directamente. Para más información, consulte la publicación del Departamento de Servicios Sociales de California "In-Home Supportive Services (IHSS) Program Advance Pay (Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) - Pago por adelantado)". Disponible aquí: [Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar \(IHSS\) - Pago por adelantado. \(Volver al documento principal\)](#)

⁶ La asignación de alimentos en un restaurante se otorga a los beneficiarios de IHSS que poseen cocinas adecuadas en su casa, pero por sus discapacidades no pueden usar este servicio. MPP 30-757.133(a). Tenga en cuenta de que si recibe Medi-Cal a través del Ingreso del Seguro Suplementario, y no posee los servicios de cocina y almacenamiento adecuados en su casa, usted debe recibir la asignación de alimentos en un restaurante a través del pago suplementario estatal. Para más información, consulte la Carta a todos los condados (ACL) n.º 16-12 disponible en: [Publicación del Sistema Manual de Operación de Programas regional \(POMS\). \(Volver al documento principal\)](#)

Para ser elegible para el IHSS-R, usted no debe recibir cobertura de alcance completo de Medi-Cal ni cobertura de alcance completo de Medi-Cal con una participación financiera federal⁷. Generalmente, esto implica que el IHSS-R está destinado a residentes permanentes legales o a personas que residen en los Estados Unidos bajo el amparo de la ley⁸.

ii. CFCO: La Primera Opción Comunitaria (CFCO)

Para ser elegible para la CFCO, usted debe ser elegible para una cobertura de alcance completo con una participación financiera federal de Medi-Cal y debe cumplir con el nivel de cuidado del centro de enfermería⁹.

Si usted recibe el IPO, pero también puede recibir la CFCO, considere cambiarse a la CFCO. La CFCO permite un máximo más alto de horas (las cuales aún podría necesitar para demostrar su elegibilidad), y puede beneficiarse de las normas de empobrecimiento del cónyuge (consulte la publicación de DRC n.º 5392.01¹⁰, , y la carta a los directores de bienestar de todos los condados N.º 17-25¹¹).

⁷ California brinda la cobertura de alcance completo de Medi-Cal a través de fondos estatales, no federales para ciertos grupos de inmigrantes. Para más información, consulte el manual “Cómo obtener y mantener una cobertura médica para los californianos de bajos ingresos: una guía para defensores”, capítulo 1, de Western Center on Law & Poverty. Disponible en: [Capítulo 1: Elegibilidad general para Medi-Cal. \(Volver al documento principal\)](#)

⁸ Para más información, consulte [el Programa de Servicios de Cuidado Personal de IHSS, el programa Independence Plus Waiver y el Programa Residual. \(Volver al documento principal\)](#)

⁹ Para más información, consulte la Carta a todos los condados (ACL) n.º 14-60 disponible en: [Implementación del Programa Primera Opción Comunitaria \(CFCO\). \(Volver al documento principal\)](#)

¹⁰ Disponible en el siguiente enlace: [Programas de Medi-Cal de DRC para ayudarlo a que esté en su propia casa o pueda irse del centro de enfermería. \(Volver al documento principal\)](#)

¹¹ Disponible en el siguiente enlace: [Servicios en el hogar y en la comunidad, y normas de empobrecimiento del cónyuge. \(Volver al documento principal\)](#)

(2) Gravedad:

El IHSS establece las horas mensuales máximas dependiendo de si se lo considera una persona que presenta una discapacidad grave (SI) o una persona que no presenta una discapacidad grave (NSI). De acuerdo con los reglamentos del IHSS, para determinar si usted es NSI o SI, se suman las horas de estas categorías: preparación de comidas, limpieza después de la comida, asistencia para respirar, asistencia para orinar y defecar, alimentación, baño en cama de rutina, vestimenta, cuidado menstrual, ambulación, traslado, baño, higiene bucal, aseo, masajes en la piel, cambios de posición, ayuda con las prótesis, servicios paramédicos¹².

Si recibe recursos alternativos¹³ que le proporcionen alguno de los servicios mencionados arriba, esas horas se toman en cuenta para determinar si un beneficiario es NSI o SI, a pesar de que esas mismas horas no se cuenten para la necesidad de IHSS de dicho beneficiario¹⁴.

Por ejemplo, si usted va a un centro de atención diurna para adultos y recibe asistencia de limpieza después de las comidas para el almuerzo, entonces sus horas mensuales de IHSS no incluirán la asistencia que necesita para limpiar después del almuerzo. Sin embargo, la asistencia de limpieza después del almuerzo que recibe en el centro de atención diurna para adultos se tendrá en cuenta para determinar si se lo considera “una persona que presenta una discapacidad grave” o “una persona que no presenta una discapacidad no grave”. Esto implica que su máximo de horas mensuales puede ser 283 o 195, según se lo considere una persona que presenta o que no presenta una discapacidad grave.

¹² MPP, artículo 30-7-1(s)(1)(A)-(D); El Manual de Políticas y Procedimientos se encuentra disponible aquí: [Servicios Estándar de los Servicios Sociales - capítulo 30-700 Programa de Servicios n.º 7: IHSS](#); y [Servicios Estándar de los Servicios Sociales - Programa de Servicios n.º 7: Limitaciones de costo de IHSS. \(Volver al documento principal\)](#)

¹³ Los recursos alternativos son servicios parecidos a los de IHSS que usted recibe a través de otros programas. MPP, artículo 30-757.171(a)(2) y MPP, artículo 30-763.611. [\(Volver al documento principal\)](#)

¹⁴ MPP, artículos 30-701(s)(1), 30-763.5 y 30-761.273. [\(Volver al documento principal\)](#)

Se lo considera SI, si recibe 20 horas o más cada semana en las categorías mencionadas arriba¹⁵. Se lo considera NSI si recibe 19 horas o menos cada semana en las categorías mencionadas arriba.

(3) Evaluación residencial

El trabajador social lo evaluará en su hogar para determinar qué servicios necesita y cuánto tiempo necesita para cada servicio. A partir de ese momento, si corresponde, el trabajador social prorrateará ciertos servicios y restará tiempo si se usan recursos alternativos. El prorratéo y los recursos alternativos se analizarán más abajo. Tenga en cuenta que la supervisión preventiva puede ser prorratéada según su situación. Para más información, consulte la [publicación del DRC n.º 5612.01](#).

(4) Prorratéo

Cuando el servicio IHSS se pueden compartir entre las personas en el hogar, la necesidad por hora por ese servicio se debe prorratéar¹⁶. Por ejemplo, si varias personas se benefician por el suministro de un servicio relacionado o doméstico, entonces el tiempo que lleva preparar ese servicio se divide de igual manera entre todos los que se benefician, incluidos los no beneficiarios de IHSS en la casa.

Ejemplo: si a un padre le lleva 100 minutos realizar el lavado de ropa para los cinco miembros de la familia (incluidos el padre y el único beneficiario del IHSS), entonces la cantidad de tiempo asignado al beneficiario del IHSS es de 20 minutos ($100 \div 5 = 20$ minutos).

Se prorratéan las siguientes categorías de servicios:

- servicios domésticos y limpieza profunda¹⁷;
- servicios relacionados¹⁸;

¹⁵ MPP artículo 30-701(s)(1). ([Volver al documento principal](#))

¹⁶ MPP artículo 30-763.32. ([Volver al documento principal](#))

¹⁷ MPP artículo 30-763.31 ([Volver al documento principal](#))

¹⁸ MPP artículo 30-763.32. Los servicios relacionados incluyen preparación de la comida, limpieza de la comida, lavado de ropa de rutina, compras de comida y otras compras o mandados. ([Volver al documento principal](#))

- supervisión preventiva¹⁹.

Si un servicio no se ofrece a más de una persona a la vez, entonces no se debe prorratear.

Ejemplo: si un padre, en el ejemplo anterior, realiza el lavado de ropa de su hijo (el beneficiario de IHSS) por separado debido a que su hijo tiene problemas de los intestinos y la vejiga, entonces el lavado de ropa no beneficia a los otros miembros de la casa. Aquí, el lavado de ropa del hijo no se prorratea entre los otros cuatro miembros de la familia.

(5) Recursos alternativos:

Los recursos alternativos son servicios parecidos a los de IHSS que usted recibe a través de otros programas, tales como el programa de atención diurna para adultos o la escuela²⁰. Después de determinar la cantidad de recursos alternativos que recibe, el trabajador social restará este tiempo de la necesidad total evaluada.

Ejemplo: usted vive en un hogar con su proveedor de IHSS. El proveedor limpia después del desayuno y la cena de los dos. Usted va a un centro de atención diurna para adultos, donde recibe asistencia para la limpieza después del almuerzo. En la categoría de limpieza de las comidas, hay una columna rotulada "Servicios a los que se negó o que recibe de parte de otros". Aquí, el trabajador social del condado primero suma la cantidad total de tiempo dedicado a la limpieza después del desayuno, el almuerzo y la cena. Luego, el trabajador social del condado realiza un ajuste o prorrateo, ya que los servicios de limpieza que le proporcionan sus proveedores lo benefician tanto a usted como al proveedor. Esto implica que el trabajador social le asigna a usted el tiempo prorrateado en la

¹⁹ Para más información sobre cómo se prorratea la supervisión preventiva, consulte la publicación de DRC correspondiente [n.º 5612.01](#). ([Volver al documento principal](#))

²⁰ MPP, artículo 30-757.171(a)(2) y MPP, artículo 30-763.611. ([Volver al documento principal](#))

columna “Cantidad de servicio que necesita”. Luego, el trabajador social del condado indica la asistencia de limpieza que recibe de parte del recurso alternativo. Esta información se incluye en la columna “Servicios a los que se negó o que recibe de parte de otros”.

B) PASOS:

Paso 1 – Determinar el programa y la gravedad:

Determinar el tipo de programa de financiación en el que está. Esto se hace mirando la página dos de la NOA inicial que recibió cuando se aprobó su IHSS.

Determinar la gravedad mediante la suma de las horas de servicio de las categorías relevantes que se mencionan anteriormente.

Paso 2 – Determinar la necesidad por semana de supervisión no preventiva de IHSS:

Sumar todas las horas de IHSS que recibe, sin contar las horas de supervisión preventiva.

Paso 3 – Determinar la necesidad por semana de supervisión preventiva de IHSS:

Para determinar si es elegible para la supervisión preventiva, consulte la [publicación de DRC n.º 5493.01²¹](#). Si la supervisión preventiva se prorratea, las horas prorrateadas se incluirán en la columna “Servicios a los que se negó o que recibe de parte de otros”.

Consulte la [publicación de DRC n.º 5612.01](#) para más información sobre cómo prorratear la supervisión preventiva.

Paso 4 – Estimar el total de la necesidad por semana de IHSS, incluida la supervisión preventiva; luego, calcular el monto mensual:

²¹ Disponible en el siguiente enlace: [Servicios de Apoyo en el Hogar de DRC - Supervisión preventiva. \(Volver al documento principal\)](#)

El trabajador social añadirá la cantidad de horas de IHSS semanales incluidas en su notificación de resolución con los servicios de supervisión preventiva semanales²². Ellos multiplicarán ese total semanal por 4,33 para obtener el total mensual.

Paso 5 – Comparar el resultado del paso 4 con los montos mensuales máximos:

El trabajador social comparará el resultado del paso 4 con el máximo de horas permitidas del programa para el que es elegible. El trabajador social debe elegir el número más bajo.

Por ejemplo, si miramos el cuadro en la página 2, si usted es NSI, recibe financiación a través del programa IPO y está autorizado para recibir supervisión preventiva, solo se le permite un máximo de 195 horas por mes. Esto implica que, incluso si su total mensual es mayor a 195 horas por mes, usted está limitado a 195 horas por mes en IHSS con supervisión preventiva. Si su total mensual es de menos de 195 horas por mes, entonces le autorizarán ese monto menor. En este caso, ya que necesita más horas de IHSS que el máximo de horas que permite el IHSS, su NOA debe registrar esta necesidad insatisfecha²³. El documento que relata los hechos del caso también debe reflejar cualquier necesidad insatisfecha. El trabajador social de IHSS debe derivarlo a programas gubernamentales gratuitos o a recursos basados en la comunidad que puedan cubrir la necesidad insatisfecha. Estas derivaciones deben documentarse en su expediente del caso.

C) EJEMPLOS:

²² Dado que los cálculos se realizan utilizando unidades decimales, puede que sea necesario convertir los minutos en unidades decimales dividiendo el número de minutos por 60. Luego, agregue el número de horas para dar con las horas y minutos totales en forma decimal. Por ejemplo: 32 horas y 10 minutos. Para dar con la unidad decimal de los minutos: $10 \div 60 = 0,1666$. Luego, agregue eso a las horas. $32 + 0,1666 = 32,1666$ ([Volver al documento principal](#))

²³ ACL n.º 13-66. ([Volver al documento principal](#))

Ejemplo A

Kramer es un señor de 85 años que necesita IHSS con supervisión preventiva. Vive en su casa con su hijo y el hijo de su esposa. Su hijo es su proveedor de IHSS. Nadie más en la casa recibe IHSS con supervisión preventiva. Dado que es un residente permanente legal, tiene IHSS con financiación IHSS-R.

Paso 1 – Determinar el programa y la gravedad:

Kramer recibe financiación a través del programa IHSS-R. Al sumar las categorías relevantes de las horas, tal como se detallan en su notificación de resolución, se descubre que es NSI porque está recibiendo menos de 20 horas en las categorías correspondientes.

Paso 2 – Determinar la necesidad por semana de supervisión no preventiva de IHSS:

La suma de todas las horas de supervisión no preventiva de su notificación de resolución da un total de 15 horas por semana.

Paso 3 – Determinar la necesidad por semana de supervisión preventiva de IHSS:

Al consultar la [publicación del DRC n.º 5612.01](#), podemos determinar que Kramer posee 143 horas de supervisión preventiva por semana.

Paso 4 – Estimar el total de la necesidad por semana de IHSS, incluida la supervisión preventiva; luego, calcular el monto mensual:

$15 + 143 = 158$ horas por semana

$158 \times 4,33 = 684,14$ horas por semana

Paso 5 – Comparar el resultado del paso 4 con los montos mensuales máximos:

De acuerdo con el cuadro de la página 2, teniendo IHSS-R y nivel de gravedad NSI, el máximo de horas mensuales que Kramer puede recibir es de 195 horas por mes.

El resultado de 684,14 horas por mes en el paso 4 supera el máximo reglamentario de 195 horas por mes. Por lo tanto, el máximo de horas mensuales que Kramer puede recibir es de 195 horas por mes. Su NOA debe registrar la necesidad insatisfecha. El trabajador social de IHSS debe derivar a Kramer a programas gubernamentales gratuitos o a recursos basados en la comunidad que puedan proporcionarle servicios para satisfacer la necesidad insatisfecha.

Ejemplo B:

En una casa habitan cuatro niños. Sus nombres son Andrew, Barbara, Carlos y Dante. Cada niño está autorizado a recibir supervisión preventiva. Andrew y Barbara asisten a la escuela 7,5 horas por día (37,5 horas a la semana). Carlos y Dante reciben educación en el hogar. El padre y la madre son proveedores de IHSS. Dadas las necesidades graves de los niños, el padre solo puede proporcionarles supervisión preventiva a Andrew y a Barbara al mismo tiempo. La madre solo puede proporcionarles supervisión preventiva a Carlos y a Dante al mismo tiempo.

Paso 1: Determinar el programa y la gravedad:

Andrew: Andrew recibe IHSS a través de la CFCO. Esto se informó por medio de una notificación de resolución que aprobaba su solicitud de los servicios IHSS. Al sumar las categorías marcadas con asterisco en rojo, descubrimos que Andrew es NSI porque está recibiendo menos de 20 horas por semana en las categorías correspondientes que determinan la gravedad. Recibe 19,85 horas en las categorías correspondientes²⁴.

Barbara: Barbara también recibe IHSS a través de la CFCO. Ella es SI porque recibe 20 horas o más por semana en las categorías correspondientes.

²⁴ En situaciones como estas, continúe recabando información para saber si puede recibir 20 horas o más por semana en una de las categorías que se consideran “de discapacidad grave”. ([Volver al documento principal](#))

Carlos: Carlos recibe IHSS a través de la CFCO. Él es SI porque recibe 20 horas o menos por semana en las categorías correspondientes.

Dante: Dante recibe IHSS a través de la CFCO. Él es SI porque recibe 20 horas o más por semana en las categorías correspondientes.

Paso 2: Determinar la necesidad por semana de supervisión no preventiva de IHSS:

Andrew: Al sumar todas las horas de supervisión no preventiva de su notificación de resolución, se le autorizan 24,85 horas de IHSS por semana.

Barbara: Al sumar todas las horas de supervisión no preventiva de su notificación de resolución, se le autorizan a Barbara 25 horas de IHSS por semana.

Carlos: Al sumar todas las horas de supervisión no preventiva de su notificación de resolución, se le autorizan a Carlos 5 horas de IHSS por semana.

Dante: Al sumar todas las horas de supervisión no preventiva de su notificación de resolución, se le autorizan a Dante 21 horas de IHSS por semana.

Paso 3: Determinar la necesidad por semana de supervisión preventiva:

Andrew: 46,5 horas de supervisión preventiva por semana.

Barbara: 46,5 horas de supervisión preventiva por semana.

Carlos: 84 horas de supervisión preventiva por semana.

Dante: 84 horas de supervisión preventiva por semana.

Paso 4: Estimar el total de la necesidad por semana de IHSS, incluida la supervisión preventiva; luego, calcular el monto mensual:

Andrew: Sumar la cantidad de horas de IHSS semanales incluidas en su notificación de resolución (24,85) con los servicios de

supervisión preventiva semanales (46,5). Esto da un total de 71,35 horas por semana. Luego multiplicar 71,35 x 4,33 para obtener el monto mensual. Esto da un total de 308,9 horas por mes.

Barbara:

$$25 + 46,5 = 71,5 \text{ horas por semana}$$

$$71,5 \times 4,33 = 309,5 \text{ horas por semana}$$

Carlos:

$$5 + 84 = 89 \text{ horas por semana}$$

$$89 \times 4,33 = 385,3 \text{ horas por semana}$$

Dante:

$$21 + 84 = 105 \text{ horas por semana}$$

$$105 \times 4,33 = 454,6 \text{ horas por semana}$$

Paso 5: Comparar el resultado del paso 4 con el máximo de los montos mensuales:

Andrew: Dado que Andrew es NSI, pero tiene IHSS financiado a través de la CFCO, es elegible para recibir IHSS de hasta 283 horas por mes. Dado que su total mensual real es de 308,9 horas por mes, sus horas de IHSS autorizadas mensuales con supervisión preventiva son la menor cantidad, con 283 horas por mes.

Barbara: Dado que Barbara es SI, y tiene IHSS patrocinado a través de la CFCO, es elegible para recibir IHSS de hasta 283 horas por mes. El resultado del paso 4 es de 309,5 horas por mes. El menor de los dos montos es 283 horas por mes, por lo tanto, Barbara está autorizada a recibir 283 horas por mes.

Carlos: Dado que Carlos es NSI, pero tiene IHSS financiado a través de la CFCO, es elegible para recibir IHSS de hasta 283 horas por mes. Dado que su total mensual real es de 385,3 horas por mes, está autorizado a recibir el máximo reglamentario de 283 horas mensuales de IHSS con supervisión preventiva.

Dante: Dado que Dante es SI, pero tiene IHSS financiado a través de la CFCO, es elegible para recibir IHSS hasta 283 horas por mes. Dado que su total mensual real es de 454,6 horas por mes, está

autorizado a recibir el máximo reglamentario de 283 horas mensuales de IHSS con supervisión preventiva.

Ejemplo C

Hui, su hermana menor Isabella y su hermano menor Jasper reciben supervisión preventiva. Ellos viven con su padre. Hui, Isabella y Jasper tienen necesidades tan demandantes que su padre solo puede cuidar a Hui e Isabella al mismo tiempo. El padre contrata un proveedor de IHSS para cuidar a Jasper. Hui e Isabella reciben supervisión preventiva compartida (o tienen una necesidad compartida de supervisión preventiva), porque su padre puede proporcionarles supervisión preventiva al mismo tiempo. Hui y Jasper asisten a la escuela 6 horas por día (30 horas a la semana). Isabella recibe educación en el hogar; pero, durante esa actividad, su padre debe cuidarla.

Paso 1 – Determinar el programa y la gravedad:

Hui: Hui recibe IPO y es NSI porque recibe 20 horas o menos por semana en las categorías correspondientes.

Isabella: Isabella también recibe IPO y es NSI porque recibe 20 horas o menos por semana en las categorías correspondientes.

Jasper: Jasper es SI porque recibe 20 horas o más por semana en las categorías correspondientes.

Paso 2 – Determinar la necesidad por semana de supervisión no preventiva de IHSS:

Hui: Al sumar todas las horas de supervisión no preventiva de su notificación de resolución, se le autorizan a Carlos 12 horas de supervisión no preventiva de IHSS por semana.

Isabella: Al sumar todas las horas de supervisión no preventiva de su notificación de resolución, se le autorizan a Isabella 15 horas de supervisión no preventiva de IHSS por semana.

Jasper: Al sumar todas las horas de supervisión no preventiva de su notificación de resolución, se le autorizan a Jasper 20 horas de supervisión no preventiva de IHSS por semana.

Paso 3 – Determinar la necesidad por semana de supervisión preventiva de IHSS:

Hui: 54 horas de supervisión preventiva por semana.

Isabella: 84 horas de supervisión preventiva por semana.

Jasper: 138 horas de supervisión preventiva por semana.

Paso 4 – Estimar el total de la necesidad por semana de IHSS, incluida la supervisión preventiva; luego, calcular el monto mensual:

Hui:

$12 + 54 = 66$ total de IHSS por semana;

$66 + 4,33 = 285,78$ total de IHSS por mes

Isabella:

$15 + 85 = 100$ total de IHSS por semana;

$100 + 4,33 = 433$ total de IHSS por mes

Jasper:

$20 + 138 = 158$ total de IHSS por semana;

$684,14$ total de IHSS por mes

Paso 5 – Comparar el resultado del paso 4 con los montos mensuales máximos:

Hui: Dado que Hui es NSI, pero tiene IHSS financiado a través del IPO, su máximo de horas mensual es de 195 horas por mes. Dado que el resultado del paso 4 es mayor que el máximo mensual, Hui está limitado a recibir 195 horas por mes.

Isabella: Dado que Isabella es NSI, pero tiene IHSS financiado a través del IPO, su máximo de horas mensual es de 195 horas por mes. Dado que el resultado del paso 4 es mayor que el máximo mensual, Isabella está limitada a recibir 195 horas por mes.

Jasper: Dado que Jasper es SI, pero tiene IHSS financiado a través del IPO, su máximo de horas mensual es de 283 horas por mes. Dado que el resultado del paso 4 es mayor que el máximo mensual, Jasper está limitado a recibir 283 horas por mes.

Nota: El padre debe tener cuidado de no violar las normas sobre las horas extra de IHSS. Consulte la publicación de DRC n.º 5603.01²⁵.

²⁵ Disponible en el siguiente enlace: [Nuevas normas de IHSS: Horas extra y cambios relacionados.](#) (Volver al documento principal)

¡Queremos escucharlo! Complete la siguiente encuesta sobre nuestras publicaciones y déjenos su opinión sobre lo que estamos haciendo:

[\[Completar la encuesta\]](#)

Para obtener asistencia legal, llame al 800-776-5746 o complete el formulario de solicitud de asistencia [formulario de solicitud de asistencia](#). Por otras cuestiones, llame al 916-504-5800 (norte de CA); 213-213-8000 (sur de CA).

Disability Rights California cuenta con el patrocinio de varias instituciones. Para ver la lista completa de los patrocinadores, visite

[http://www.disabilityrightsca.org/
Documents/ListofGrantsAndContracts.html](http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html)

¿Qué son las clasificaciones de índices funcionales y las pautas de tareas por hora?

a. Adulto

b. Niño

Clasificaciones del índice de funcionalidad y guías de tareas por hora

Como solicitante/beneficiario de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), es útil saber cuáles son las clasificaciones del índice de funcionalidad (FI) de IHSS, y cómo afectan su evaluación. Las clasificaciones FI varían del 1 al 6 (ver la descripción enseguida) e indican el nivel de asistencia que usted necesita para desempeñar las tareas de manera segura. Un trabajador social de IHSS del condado asignará una clasificación a cada categoría de servicio para ayudar a determinar la cantidad de asistencia que necesita.



Clasificación 1: Independiente. Capaz de desempeñar la función sin asistencia humana.

Clasificación 2: Capaz de desempeñar la función pero necesita asistencia verbal, como recordatorios, guía, o apoyo.

Clasificación 3: Puede desempeñar la función con un poco de asistencia humana, incluyendo, pero sin limitarse, a la asistencia física directa de un proveedor.

Clasificación 4: Puede desempeñar una función solamente con asistencia humana substancial.

Clasificación 5: No puede desempeñar la función, con o sin asistencia humana.

Recetado por un profesional del cuidado de la salud con licencia:

Clasificación 6: Requiere servicios paramédicos.

Después de asignar una clasificación en cada categoría de servicio y de tomar en consideración todas sus necesidades particulares, el trabajador social autorizará tiempo dentro de las guías de tareas por hora, o fuera de éstas. Si se necesita tiempo fuera de las guías, se le llama *excepción*. Si usted necesita más tiempo o menos fuera de las guías para una clasificación específica de un servicio, su trabajador social revisará las excepciones para ver si son adecuadamente necesarias.

Para más información, comuníquese con su oficina local de IHSS.

Guías de tareas por hora

Los trabajadores sociales también usan las guías de tareas por hora (HTG) como se especifica en los reglamentos estatales para determinar el tiempo apropiado necesario semanalmente para cada categoría de servicio. **Autoridad reguladora:** Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP), Secciones 30-757.11 a 30-757.14(k).

Tenga en cuenta: Esta herramienta no invalida las regulaciones de HTG.

Categoría de servicio	Clasif. 2 (baja)	Clasif. 2 (alta)	Clasif. 3 (baja)	Clasif. 3 (alta)	Clasif. 4 (baja)	Clasif. 4 (alta)	Clasif. 5 (baja)	Clasif. 5 (alta)
Preparación de las comidas**	3:01	7:00	3:30	7:00	5:15	7:00	7:00	7:00
Limpieza después de las comidas**	1:10	3:30	1:45	3:30	1:45	3:30	2:20	3:30
Cuidado después de defecar y orinar	0:35	2:00	1:10	3:20	2:55	5:50	4:05	8:00
Alimentación	0:42	2:18	1:10	3:30	3:30	7:00	5:15	9:20
Baños rutinarios de cama	0:30	1:45	1:00	2:20	1:10	3:30	1:45	3:30
Vestirse	0:34	1:12	1:00	1:52	1:30	2:20	1:54	3:30
Ambulación	0:35	1:45	1:00	2:06	1:45	3:30	1:45	3:30
Traslados	0:30	1:10	0:35	1:24	1:06	2:20	1:10	3:30
Baños, higiene bucal y arreglo personal	0:30	1:55	1:16	3:09	2:21	4:05	3:00	5:06

Categoría de servicio	Baja (Guías de tiempo)	Alto (Guías de tiempo)
Cuidado sobre la menstruación	0:17	0:48
Cambio de posición y frotamiento de piel	0:45	2:48
Cuidado y asistencia con aparatos prostéticos	0:28	1:07

Servicios con guías de tiempo:

Categoría de servicio	Guías de tiempo
Servicios domésticos	6:00 total máximo por mes por hogar a menos que apliquen los ajustes*; los prorrateos se pueden aplicar**
Compras de comida	1:00 por semana por hogar a menos que apliquen los ajustes*; los prorrateos se pueden aplicar**
Otras compras/mandados	0:30 por semana a menos que apliquen los ajustes*; los prorrateos se pueden aplicar**
Lavado de ropa	1:00 por semana (lavadoras en el hogar); 1:30 por semana (lavadoras fuera del hogar); por hogar; los prorrateos se pueden aplicar**

*Los ajustes se refieren a una necesidad cubierta en común con compañeros de casa.

**Cuando se prorratean los servicios domésticos, los hijos naturales o adoptivos del beneficiario quienes tienen 14 años o menos no serán considerados (Sección 30-763.46 del MPP). Otros niños en el hogar (nietos, sobrinos/as, etc.) quienes menores de 14 años si serán considerados.

Actualizado el 5/29/2019

NOTA: Los reglamentos actuales del MPP definen las HTG en formato decimal, por ejemplo, 1.50 horas. Para adaptar la evaluación/autorización del servicio con el registro de datos del Sistema de Manejo del Caso, Información, y Nóminas (CMIPS), a las asignaciones de tiempo se les da un nuevo formato de horas:minutos. Este cambio en formato no contradice los reglamentos actuales del programa, y reduce la confusión acerca del registro de tiempo en el CMIPS [MPP, Secciones 30-757.11 a 30-757.14(k)].

**FUNCTIONAL INDEX RANKING FOR MINOR CHILDREN IN IHSS
AGE APPROPRIATE GUIDELINES TOOL**
Each child must be assessed individually.

Age	Housework	Laundry	Shopping and Errands	Preparation of Meals and Meal Clean-Up	Ambulation	Bathing/Oral Hygiene/Grooming	Dressing	Bowel and Bladder Care	Feeding	Transfer	Respiration
0-1	1	1	1	1 or 6	1	1	1	1 or 6	1 or 6	1	1, 5 or 6
2	1	1	1	1 or 6	1	1	1	1 or 6	1 or 6	1-5	1, 5 or 6
3	1	1	1	1 or 6	1	1	1	1 or 6	1 or 6	1-5	1, 5 or 6
4	1	1	1	1 or 6	1	1	1	1-6	1 or 6	1-5	1, 5 or 6
5	1	1	1	1 or 6	1-5	1	1-5	1-6	1 or 6	1-5	1, 5 or 6
6	1	1	1	1 or 6	1-5	1	1-5	1-6	1 or 6	1-5	1, 5 or 6
7	1	1	1	1 or 6	1-5	1	1-5	1-6	1 or 6	1-5	1, 5 or 6
8	1	1	1	1 or 6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6
9	1	1	1	1 or 6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6
10	1	1	1	1 or 6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6
11	1	1	1	1 or 6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6
12	1	1	1	1 or 6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6
13	1	1	1	1 or 6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6
14	1	1, 4 or 5	1	1 or 6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6
15	1	1, 4 or 5	1	1 or 6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6
16	1	1, 4 or 5	1	1 or 6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6
17	1	1, 4 or 5	1, 3 or 5	1-6	1-5	1-5	1-5	1-6	1-6	1-5	1, 5 or 6

Notes:

- All minors should be assessed a functional rank of 1 when identified above unless extraordinary need is documented.
- Minors who live with their provider parents must be assessed a functional rank of 1 in Housework regardless of extraordinary need.
- For areas with ranges, the social worker should utilize the Annotated Assessment Criteria and Developmental Guide to determine the appropriate functional rank.
- Memory, Orientation and Judgment – FI ranks of 1, 2 or 5 should be assessed. The county staff must review a minor's mental functioning on an individualized basis and must not presume a minor of any age has a mental functioning score of 1. (ACL 98-87, MPP § 30-756.372; WIC §§ 12301(a), 12301.1.)
- The FI ranks listed above reflect the age at which a minor may be expected to complete all tasks within a service category independently and are based on the Vineland Social Maturity Scale. These rankings are provided as a guideline only. Each child must be assessed individually.



Developmental Guide

SELF CARE				Gross Motor	Meal Prep & Consumption		Domestic Tasks		
Develop mental State	Bathing/Oral /Hygiene/Groo ming	Bowel and Bladder	Dressing	Ambulation	Feeding	Meal Prep and clean up	Housework	Laundry	Shopping and Errands
Infancy (0-2)				Stands alone by 10-12months; walk unassisted by 15 months; runs by 18 months	Eats with spoon by 12-14 months; drinks form cup by 10-12 months				
Toddler (3-4)	Able to Wash hands/face and brush teeth unassisted	Requires supervision and assistance with toileting; may ask to go to the bathroom	Removes shirt/dress/pants; puts on shirt/dress/pants with some assistance	Walks upstairs unassisted; requires supervision/assistance walking downstairs	Uses fork correctly eat	Able to wipe surface/table; able to pour from one container to another with supervision	Able to pick up and put away toys		Can follow simple on-step direction (e.g. bring me the cup)
Early Childhood (5-8)	Bathes self with some assistance and minor supervision	Cares for self at toilet unassisted; may experience bed wetting	Able to button shirt/dress/pant; dresses self; ties shoes	Able to skip and climb on and up structures	Able to use table knife to cut and spread	Able to help clear table and assist with clean up	Cares for room/makes bed	Able to put away clothes in drawer; fold clothes with assistance	Can follow three step direction (e.g. go to your room, get your shoes on, and come to the car)

Middle Childhood (9-11)	Combs or brushes hair; able to bathe unassisted and unsupervised					Washes dishes/cleans up with supervision	Able to sweep floor; take out the trash	Able to hang up clothes in closet; transfer and load clothes into washer/dryer	Able to follow more complex directions (e.g. get ready for school tomorrow); able to handle money/change
Early Adolescence (11-14)						Able to cook simple meals and clean up unassisted and unsupervised	Able to vacuum	Able to use iron safely	Makes minor purchases/run errands (short distances)
Late Adolescence (15-18)						Able to prepare meals and clean up			Able to shop for groceries unassisted

KEY: Not yet full appropriate Fully Functional

Developed by: Nicole C Polen, Ph.D
 Child Development Specialist
 River Oak Center for Children, Sacramento

Note: The information in this guide represents developmental milestones. There are always variances from that norm

*In Home Supportive Services (IHSS) 102
 Training Academy
 Fall/Winter 2018-2019*

Proveedores de padres

30-763 SERVICE AUTHORIZATION (Continued)

.44 When the recipient is under eighteen years of age and is living with the recipient's parent(s), who has a legal duty pursuant to the Family Code to provide for the care of his/her child, IHSS may be purchased from a provider other than the parent(s) when no parent is able and available to provide the IHSS services for any of the following reasons, and services must be provided during the inability or unavailability of the parent(s):

.441 When the parent(s) is unavailable because of employment or is enrolled in an educational or vocational training program.

.442 If the parent(s) is physically or mentally unable to provide the needed IHSS services.

.443 When the parent is unavailable because of on-going medical, dental or other health-related treatment.

.444 When the parent(s) must be unavailable to perform shopping and errands essential to the family, search for employment, or for essential purposes related to the care of the recipient's minor siblings, IHSS may be purchased from a provider other than the parent(s) for up to eight hours per week to perform IHSS tasks necessary during the unavailability of the parent(s).

.45 When the recipient is under eighteen years of age and is living with the recipient's parent(s), who has a legal duty under the Family Code to provide for the care of his/her child, the IHSS specified in Section 30-763.456 may be purchased from a parent under the following condition:

.451 The parent has left full-time employment or is prevented from obtaining full-time employment because no other suitable provider is available and the inability of the parent to perform supportive services may result in inappropriate placement or inadequate care.

(a) For the purposes of this section, full-time employment means working an average of 40 or more hours per week regardless of worksite location. A parent providing IHSS-funded care to his/her own child is not full-time employment.

.452 For the purposes of Section 30-763.451, a suitable provider is any person who is willing, able, and available to provide the needed IHSS. A suitable provider who is a person having a duty pursuant to the Family Code need only be able and available to provide the needed IHSS; the person is only considered to be unavailable if that unavailability occurs during a time the recipient must receive a specific service, for the following reasons: employment, enrollment in an educational or vocational training program, or employment searches.

HANDBOOK BEGINS HERE

- .453 Example: Both parents are employed full-time. Their minor child is eligible to receive IHSS. One parent leaves his full-time job in order to provide IHSS to the child; the other parent retains full-time employment. If the other requirements in Section 30-763.451 are met, IHSS may be purchased from the parent who left his job since he left full-time employment to provide IHSS to the child.
- .454 Example: When one parent is employed full-time and the other parent, who has never been employed, is at home, able and available to provide IHSS.
- (a) When the employed parent left his/her job to provide IHSS to his/her child, IHSS could not be purchased from that parent since the conditions pursuant to Section 30-763.451 are not met because the other parent is a suitable provider.
 - (b) When the employed parent did not leave full-time employment, the non-working parent may qualify as a paid provider only if that parent is prevented from obtaining full-time employment in order to provide IHSS to the child and other requirements pursuant to Section 30-763.451 are met. When the non-working parent cannot be employed full-time for reasons other than the need to provide IHSS to the child, the non-working parent does not qualify as a paid provider.

HANDBOOK ENDS HERE

- .455 A parent provider who meets the requirements in Section 30-763.451 shall be paid for performing authorized services regardless of the presence of the other parent in the home, including non-work hours, weekends, and holidays.
- .456 The IHSS provided shall be limited to:
- (a) Related services, as specified in Section 30-757.13.
 - (b) Personal care services, as specified in Section 30-757.14.
 - (c) Accompaniment when needed during necessary travel to health-related appointments or to alternative resource sites, as specified in Section 30-757.15.
 - (d) Protective supervision, as specified in Section 30-757.17, limited to protective supervision needed because of the functional limitations of the recipient. This service shall not include routine child care or supervision.
 - (e) Paramedical services, as specified in Section 30-757.19.

Aviso de acción y apelaciones

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN CAMBIO EN LOS SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)

CONDADO DE _____

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Nombre del trabajador social : _____
Número del trabajador social : _____
Teléfono del trabajador social : _____
Dirección del trabajador social : _____

NOTA: Esta notificación SOLAMENTE se refiere a IHSS. NO afecta lo que recibe del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), del Seguro Social, ni del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). **MANTENGA ESTA NOTIFICACIÓN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.**

(ADDRESSEE)

A partir de _____, **han cambiado los servicios y/o la duración de los servicios que usted puede recibir.**
MES, DÍA, AÑO
La razón es la siguiente:
El total de horas:minutos de los servicios de IHSS que ahora puede recibir cada mes es: _____. **Esto significa un aumento/una reducción de** _____.
Ahora usted recibirá los servicios indicados a continuación durante el tiempo que aparece en la columna "Cantidad autorizada de servicios que puede recibir". Esa columna indica las horas:minutos que recibía antes, lo que va a recibir de ahora en adelante, y la diferencia. Si va a recibir menos tiempo para un servicio, la explicación del motivo aparece en las siguientes páginas.
1) Si un cero aparece en la columna "Cantidad autorizada de servicios que puede recibir" o la cantidad es menos que la columna "Cantidad total de servicios que se necesita", la explicación del motivo aparece en las siguientes páginas.
2) "No se necesita" significa que su trabajador social determinó que usted no requiere asistencia con esta tarea. (MPP* 30-756.11)
3) "Pendiente" significa que el Condado está esperando más información para ver si usted necesita ese servicio. Para mayor información, vea las siguientes páginas.

SERVICIOS	CANTIDAD TOTAL DE SERVICIOS QUE SE NECESITA	AJUSTE POR OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR (PRORRATEO)	CANTIDAD DEL SERVICIO QUE USTED NECESITA	SERVICIOS QUE SE REHUSÓ A RECIBIR O QUE RECIBE DE OTROS	CANTIDAD AUTORIZADA DE SERVICIOS QUE PUEDE RECIBIR		
					HORAS:MINUTOS		
<i>Nota: Una de las siguientes páginas tiene una breve descripción de cada servicio.</i>					AHORA	ANTES	+/-
SERVICIOS DOMÉSTICOS (por MES):							
SERVICIOS RELACIONADOS (por SEMANA):							
Preparar comidas							
Limpiar después de las comidas							
Lavado rutinario de ropa							
Compra de alimentos							
Otras compras/mandados							
SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS (por SEMANA):							
Asistir en lo relacionado a la respiración (ayuda con la respiración)							
Asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga							
Alimentación							
Baños rutinarios en la cama							
Ayuda para vestirse							
Cuidado relacionado a la menstruación							
Ayuda para trasladarse (ayuda para caminar, incluyendo subir y bajarse de un vehículo)							
Ayuda para transferirse (ayuda para acostarse y levantarse de la cama, sentarse y levantarse de un asiento, etc.)							
Dar un baño, higiene de la boca, aseo personal							
Frotar la piel, cambiar de posición							
Ayuda con prótesis (miembros artificiales, aparatos para ver/oír) y/o preparación de medicamentos							
ACOMPANIAMIENTO (por SEMANA):							
Ir a citas médicas y regresar							
Ir a lugares para recibir servicios en vez de IHSS y regresar							
SUPERVISIÓN CON FINES DE PROTEGER (por SEMANA):							
SERVICIOS PARAMÉDICOS (por SEMANA):							
TOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR SEMANA:							
MULTIPLICADO POR 4.33 (número promedio de semanas por mes) PARA CONVERTIR A HORAS:MINUTOS POR MES:					x	4.33	=
SUBTOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:							
AÑADA LAS HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS DOMÉSTICOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES (mencionados anteriormente):							
TOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:							

SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO (por MES):							
Limpieza profunda:							
Eliminación de peligros en el patio/jardín							
Eliminación de hielo, nieve							
Instrucción y demostración							
TOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:							

¿Tiene preguntas? Por favor comuníquese con su trabajador social de IHSS. El número de teléfono aparece en la parte superior de esta página.
Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla.

**Representarse a sí
mismo en una
audiencia estatal**



Representing Yourself at a State Hearing:

How to Get the Best Outcomes

The Legal Aid Foundation is a non-profit organization that provides free legal services to eligible low-income individuals in Los Angeles County. Legal Aid is NOT connected to the county or the state.

1. Be prepared.

- Check that you have all the notices and/or papers you want the judge to see.
- Make notes on what you want to say in the hearing.
- Review your case file. The county's representative, called the Hearing Specialist, is required to have your case file at the hearing office. If he or she does not have it, or will not let you see it before the hearing, tell the judge.

2. Know the Officials.

- The Administrative Law Judge (ALJ) will hear and decide your case; he or she is a state (not county) employee. His or her job is to find out the facts of your case. Then, he or she will use the law and the facts of your case to provide a written decision a few weeks after the hearing.
- The Appeals Hearing Specialist will argue that the county made the right decision. He or she works for the county. That means he or she represents the county, not you.

3. Review the County's "Statement of Position" before the hearing.

- The county's Hearing Specialist is required to give you the county's "Statement of Position" before the hearing. You can ask for it two days before the hearing.
- If you got the position statement today, did you have time to read it? If not, tell the judge and ask for time (right then) to read it and understand it.
- If you did not get the position statement, tell the judge. If you want, you can postpone the hearing if you need more time to collect evidence, or you can choose to continue the hearing. (Note: The County must go forward, even if it is not ready).
- Read the County's Statement of Position carefully before the hearing to make sure everything in it is true and correct. If it is not, make a list of all the things that are wrong in the statement to tell the judge at the hearing.

4. Review any Conditional Withdrawal that the County offers you.

- The county's representative may try to settle the case with you before the hearing by offering you a Conditional Withdrawal. If you agree to sign one, you will not have your hearing.
- Make sure you understand what the county wants you to agree to. Ask the county representative to explain it. If you do not understand what the Conditional Withdrawal says or you do not agree with it, do not sign it. Continue with the hearing.

- If you agreed to a Conditional Withdrawal earlier, and then you change your mind, you have a right to go ahead with your hearing- it is **YOUR** hearing.

***Note:** The County does not always give people the option of a Conditional Withdrawal.

5. Clearly tell the facts of your story.

- Tell the judge why you asked for the hearing. Make sure to tell the judge why you disagree with the action the county took against you. Did you ask for a hearing because you got a notice of action? If yes, did the notice explain the reason for the action in a way that you could understand what happened and why? If not, tell the judge that the notice was not a good or “adequate” one.
- Was the notice clear and correct? If not, tell the judge **why** it is not.
- What do you want the hearing decision to be? Explain **exactly** what you want to the judge (which benefits you want and for what months, that you want an overpayment cancelled, that the county has no proof, or anything else).
- Tell the judge if you think any part of the county’s statement is wrong and why.
- If the Statement of Position is not clear, or you have trouble reading it, ask the judge to explain it. (Note: He or she may ask the County to explain it, but it must be clear).

6. Remember in the Hearing:

- The hearing is somewhat informal. The judge will first ask the county representative to explain why he or she thinks the county is right, and then ask you why you think the county is wrong.
- The judge will probably ask you questions. Answer them truthfully, as best as you remember.
- Present your evidence. You can also ask the Appeals Hearing Specialist questions, or you can just tell the judge why you disagree with the county’s position. If you forgot to bring a piece of evidence, you can ask the judge to “leave the record open” so you can bring the evidence in later.
- If the County says something you think is not correct, ask the Appeals Hearing Specialist to show you written evidence that supports what he or she is saying. You should tell the judge if you see anything incorrect in any of the County’s statements.
- **Ask for the “Proposed Adopt Date.”** This is when the ALJ must mail your decision. You should expect to receive your decision within one week of this date.

If you have any questions, please contact
The Legal Aid Foundation of Los Angeles
Call Center; Monday-Friday, 9 AM-12 PM: (800) 399-4529
Online Intakes; 24 hours a day, 7 days a week: www.lafla.org