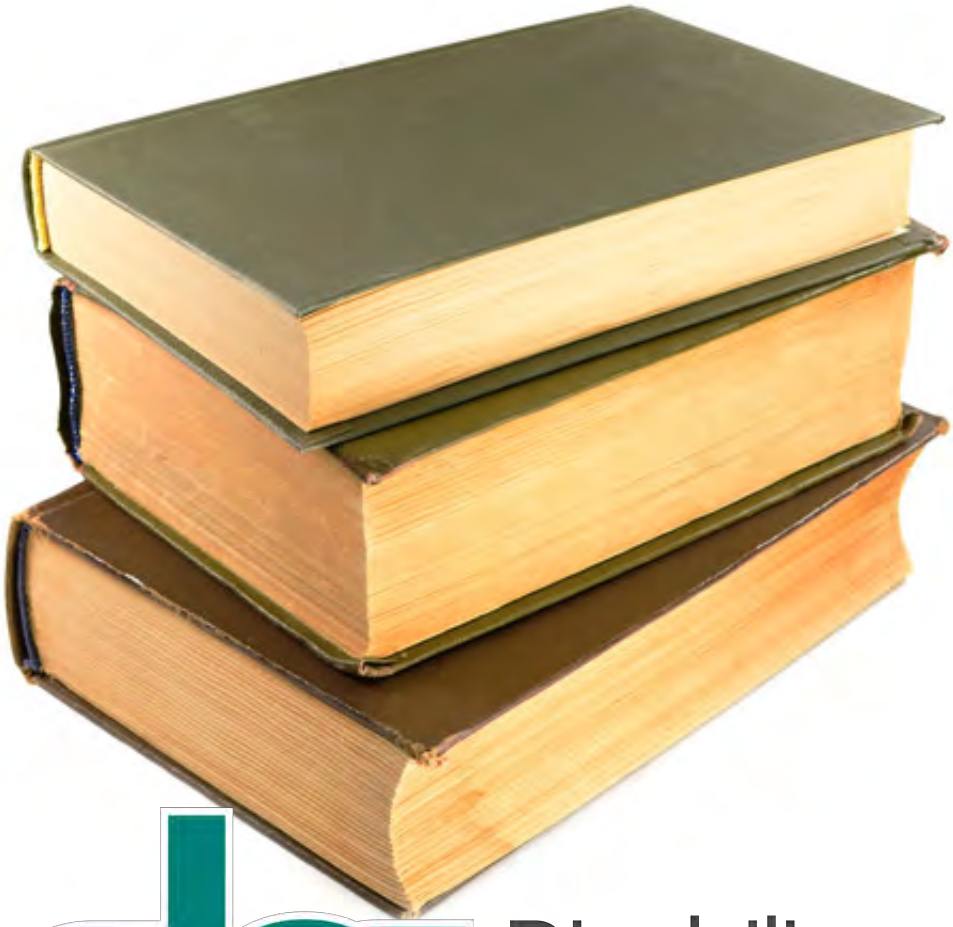
# Información básica de IHSS



Disability Rights California

Maria Iriarte, Senior Attorney

enero 2022

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. Proveedores: padres de ninos menores
9. Aviso de acción y apelaciones
10. Representarse a sí mismo en una audiencia estatal

# 1. Solicitud de IHSS

https://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/SOC873SP.pdf

# 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 solictado 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 no puede 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.)?** | ☐ **SÍ** ☐ **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.)** | ☐ **SÍ** ☐ **NO** |

**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**.**

**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**.**

**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?** | ☐ **SÍ** ☐ **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.

# 2. Auto-evaluación

https://www.disabilityrightsca.org/system/files/file-attachments/501302_0.pdf

páginas 25-32

## 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** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| **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** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LIMPIEZA PROFUNDA | | | | | | | | |
| SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS<br><br>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 | | | | | | | | | |
| SERVICIOS PARAMÉDICOS<br><br>(por ejemplo, cateterismo inyecciones, ejercicios de amplitud de movimiento, etc.; especifique) | | | | | | | | | |
| **SERVICIOS SEMANALES TOTALES**<br><br>(Todo excepto servicios domésticos) | | | | | | | | | |
| Multiplique por 4.33 para obtener el total mensual | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Más los servicios domésticos<br><br>(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.

# 3. Supervisión protectora
# a. SOC 821
# b. SOC 825

https://www.disabilityrightsca.org/es/publications/supervision-preventiva-de-los-servicios-de-apoyo-en-el-hogar-ihss

Disability Rights California

*California's Protection & Advocacy System*

*Línea gratuita (800) 776-5746*

# 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.

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.