

Anexo 1

a. SOC 821

b. SOC 825

no disponible en español SOC821

[https://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/
spanish/soc825sp.pdf](https://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/spanish/soc825sp.pdf)

**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: ☐ Permanente ☐ 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:

Describa 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.

4. Paramédico

a. SOC 321

<https://www.disabilityrightsca.org/es/publications/el-programa-de-servicios-de-apoyo-en-el-hogar-ihss-cubre-los-servicios-paramedicos>



*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.disabilityrightscalifornia.org/
Documents/ListofGrantsAndContracts.html](http://www.disabilityrightscalifornia.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html).

Anexo 2

a. SOC 321

no disponible en español

**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)**

¿El paciente padece de una afección médica que origina la necesidad de los servicios paramédicos de IHSS?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, enumere la(s) afección(es) debajo:

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:

NOA, VERIFICAR AQUÍ ☐ SI CONTINÚA EN OTRA

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	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	FECHA
-------	-------

5. Transportación

[https://www.disabilityrightsca.org/es/publications/
tiempos-de-espera-y-de-traslado-de-los-
proveedores-de-ihss](https://www.disabilityrightsca.org/es/publications/tiempos-de-espera-y-de-traslado-de-los-proveedores-de-ihss)



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](#))

6. ¿Cómo se calculan las horas?

[https://www.disabilityrightsca.org/es/publications/
como-se-calculan-las-horas-de-ihss](https://www.disabilityrightsca.org/es/publications/como-se-calculan-las-horas-de-ihss)



Cómo se calculan las horas de IHSS

Jun 25, 2018 | #5611.02

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.

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:

- i. el Programa de Servicios de Cuidado Personal (PCSP);
- ii. el Programa de IHSS Plus Opciones (IPO);

- iii. el Programa Residual de servicios de apoyo en el hogar (IHSS-R);
- iv. 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 I-28-06
CFCO	283 h/mes	Up to 283 h/mes	ACL 14-60

i 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.

ii 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.

iii. IHSS-R:

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.

iv. 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).

(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.

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 prorratará ciertos servicios y restará tiempo si se usan recursos alternativos. El prorrato y los recursos alternativos se analizarán más abajo. Tenga en cuenta que la supervisión preventiva puede ser prorratada según su situación. Para más información, consulte la publicación del DRC n.º 5612.01.

(4) Prorrato

Cuando el servicio IHSS se pueden compartir entre las personas en el hogar, la necesidad por hora por ese servicio se debe prorratar¹⁶. 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 prorratan las siguientes categorías de servicios:

- servicios domésticos y limpieza profunda¹⁷;
- servicios relacionados¹⁸;
- Si un servicio no se ofrece a más de una persona a la vez, entonces no se debe prorratar.

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 prorrata 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 prorrato, 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 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”.

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](#))

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](#))

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](#))

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](#))

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](#))

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. – [\(Volver al Documento Principal\)](#)

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. – [\(Volver al Documento Principal\)](#)

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

a. Adulto

b. Niño

[https://www.cdss.ca.gov/Portals/9/IHSS/Fact%
20Sheets/Spanish/FIRankingsAndHTGs-SP.pdf](https://www.cdss.ca.gov/Portals/9/IHSS/Fact%20Sheets/Spanish/FIRankingsAndHTGs-SP.pdf)

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.

Hourly Task Guidelines

Social workers also use Hourly Task Guidelines (HTGs) as specified in State regulations to determine the appropriate time needed on a weekly basis in each service category. **Regulatory Authority:** Manual of Policies and Procedures (MPP) section 30-757.11 through 30-757.14(k)

Note: This tool does not invalidate current HTG regulations.

Service Category	Rank 2 (Low)	Rank 2 (Mid)	Rank 2 (High)	Rank 3 (Low)	Rank 3 (Mid)	Rank 3 (High)	Rank 4 (Low)	Rank 4 (Mid)	Rank 4 (High)	Rank 5 (Low)	Rank 5 (Mid)	Rank 5 (High)
Preparation of Meals **	3:01	5:00	7:00	3:30	5:15	7:00	5:15	6:08	7:00	7:00	7:00	7:00
Meal Clean-up **	1:10	2:20	3:30	1:45	2:38	3:30	1:45	2:38	3:30	2:20	2:55	3:30
Bowel and Bladder Care	0:35	1:17	2:00	1:10	2:15	3:20	2:55	4:23	5:50	4:05	6:02	8:00
Feeding	0:42	1:30	2:18	1:10	2:20	3:30	3:30	5:15	7:00	5:15	7:17	9:20
Routine Bed Baths	0:30	1:08	1:45	1:00	1:40	2:20	1:10	2:20	3:30	1:45	2:38	3:30
Dressing	0:34	0:53	1:12	1:00	1:26	1:52	1:30	1:55	2:20	1:54	2:42	3:30
Ambulation	0:35	1:10	1:45	1:00	1:33	2:06	1:45	2:38	3:30	1:45	2:38	3:30
Transfer	0:30	0:50	1:10	0:35	0:59	1:24	1:06	1:43	2:20	1:10	2:20	3:30
Bathing, Oral Hygiene, and Grooming	0:30	1:13	1:55	1:16	2:13	3:09	2:21	3:13	4:05	3:00	4:03	5:06

Service Category	Low (Time Guidelines)	Mid (Time Guidelines)	High (Time Guidelines)
Menstrual Care	0:17	0:32	0:48
Repositioning and Rubbing Skin	0:45	1:47	2:48
Care of and Assistance with Prosthetic Devices	0:28	0:47	1:07

Services with Time Guidelines:

Service Category	Time Guidelines
Domestic and Related Services	6:00 total maximum per month per household unless adjustments* apply; Prorations may apply**
Shopping for Food	1:00 per week per household unless adjustments* apply; Prorations may apply **
Other Shopping/Errands	0:30 per week unless adjustments* apply; Prorations may apply **
Laundry	1:00 per week (facilities within home); 1:30 per week (facilities out of home); per household; Prorations may apply **

* Adjustments refer to a need met in common with housemates.

** When prorating Domestic and Related Services, the natural or adoptive children of the recipient who are under 14 are not considered (MPP section 30-763.46). Other children in the household (i.e., grandchildren, nieces, nephews, etc.) under 14 are considered.

Updated 5/29/2019

NOTE: Current MPP regulations define the HTGs in decimal format, e.g., **1.50 hours**. To align service assessment/authorization with the Case Management, Information, and Payrolling System (CMIPS) data entry, time allocations are re-formatted to **hours:minutes**. This change in format does not contradict current program regulation and reduces confusion regarding the entry of time into CMIPS [MPP sections 30-757.11 through 30-757.14(k)].