|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01205BS (03/2017) | | **STATE OF WISCONSIN** |
| **EDUCACIÓN DEL PARTICIPANTE DE IRIS: MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS**  **IRIS PARTICIPANT EDUCATION: BUDGET AMENDMENTS** | | |
| **INSTRUCCIONES:** | Este formulario es para ser utilizado como reconocimiento del cumplimiento con la educación del participante en el programa IRIS (Include, Respect, I Self-Direct). La cumplimentación del presente formulario no es requerida a través de los Estatus del Estado de Wisconsin; sin embargo, la cumplimentación del presente formulario es un requisito del programa IRIS. El consultor de IRIS también tiene que reconocer la revisión de este formulario. | |
| **NOTA:** | **Toda documentación debe mantenerse en el registro del participante y debe estar disponible para revisión a petición de DHS.** | |
| Cuando se identifica la necesidad de servicios y apoyos adicionales que vayan más allá de lo que puede adquirirse a través de su presupuesto existente, usted necesitará solicitar formalmente presupuesto adicional a través del proceso de modificación del presupuesto. La siguiente información le informará sobre sus responsabilidades como participante/representante legal y también le informará sobre el proceso y lo que puede esperar de su Consultor de IRIS durante el proceso de modificación del presupuesto. | | |
| **¿SOY ELEGIBLE PARA UNA MODIFICACIÓN DEL PRESUPUESTO?**  Antes de comenzar el proceso de modificación del presupuesto, deberá saber que existen algunas condiciones que lo excluirían automáticamente de ser elegible para solicitar una modificación del presupuesto. Si cualquiera de las siguientes declaraciones se aplican a usted, usted no es elegible para una modificación del presupuesto:   * Usted vive en un Adult Family Home (AFH), Residential Care Apartment Complex (RCAC), o Community-Based Residential Facility (CBRF) y tiene intención de quedarse a vivir ahí. * Usted está en proceso de ser dado de baja por cualquier motivo. * No está al corriente con su cuota de pago o con los pagos de costos compartido.   **SI SOY ELEGIBLE PARA UNA MODIFICACIÓN DEL PRESUPUESTO, ¿QUÉ PASA DESPUÉS?**  Una vez que se haya determinado que usted es elegible para solicitar una modificación del presupuesto, su Consultor de IRIS hará lo siguiente para asegurarse de que su plan actual sea lo más preciso y rentable posible:   * Revisará este formulario con usted para asegurarse de que usted entiende el proceso y las responsabilidades de cada parte. * Revisará su plan con usted y repasará el plan si es necesario para asegurarse de que se cumplan los siguientes requisitos:   + Todos los productos y servicios en su plan financiado por IRIS son Servicios de Exención de Medicaid aprobados.   + El presupuesto en su plan actual no excede el presupuesto identificado en su más reciente Evaluación Funcional de Cuidado a Largo Plazo (LTCFS).   + Todos los proveedores de servicio están identificados en su plan, incluyendo el número típico de horas que proporcionan.   + Los salarios pagados a sus padres, si ellos proporcionan sus cuidados, no incluyen los impuestos sobre nóminas. * Revisará su plan con usted para asegurarse de que usted está comprando sus servicios de la manera más rentable. * Se asegurará de que usted aproveche al máximo los apoyos naturales, los Servicios de la Tarjetas ForwardHealth y otras fuentes de financiación disponibles para usted.   Una vez que se establece que su plan existente es lo más preciso y rentable posible, su Consultor de IRIS trabajará con usted para llevar a cabo lo siguiente:   * Completará el Formulario de Solicitud para Modificación del Presupuesto. * Documentará las cotizaciones del proveedor en el Formulario de Comparación de Proveedor. * Se asegurará de que hay un cambio de condición en la Evaluación de Cuidado a Largo Plazo si usted está solicitando un aumento de 25% o más de su presupuesto para las horas del Supportive Home Care.   **¿CUÁLES SON MIS RESPONSABILIDADES COMO PARTICIPANTE?**  Sus responsabilidades como participante en el proceso de modificación del presupuesto son las siguientes:   * Estar disponible para su Consultor de IRIS y proporcionar toda la información necesaria para que se realicen los trámites necesarios. * Estar disponible para que se realice la Evaluación de LTCFS para completar un cambio en la condición de LTCFS si usted está solicitando un aumento en su presupuesto de 25% o más para los servicios relacionados con el cuidado y/o los medios de apoyo (SHC, Servicios de relevo, Servicio por el día, etc.) las horas del IRIS SDPC no pueden ser solicitadas mediante el proceso de modificación del presupuesto. * Ponerse en contacto con tres proveedores para el servicio que usted está solicitando y obtener una oferta de cada uno de ellos por cada servicio/apoyo/producto que usted esté solicitando. Usted necesitará proporcionar estas cotizaciones a su Consultor de IRIS. Es importante recordar que las cotizaciones deben incluir el nombre del proveedor, lo que será incluido en el servicio y el precio. Cada proveedor debe dar una cotización para servicios comparables.   **¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS DE QUE MI SOLICITUD SE ENVIA AL DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES?**  Una vez que los documentos completos se envían al Department of Health Services (DHS), se completaran los siguientes pasos:   * DHS completará una revisión previa de la solicitud para confirmar que usted es elegible para una modificación del presupuesto y para asegurarse que toda la documentación requerida ha sido incluida. * DHS colaborará con la Agencia Consultora de IRIS para resolver cualquier problema observado durante el proceso de revisión previa. Esto significa que su Consultor de IRIS puede volver a ponerse en contacto con usted para preguntas de seguimiento. * DHS examinará la solicitud y le notificará a usted y a la Agencia Consultora de IRIS sobre la decisión de aprobar o negar la solicitud mediante una carta.   **¿QUÉ SUCEDE SI MI SOLICITUD ES APROBADA?**  Si su solicitud es aprobada, se producirán los siguientes pasos:   * DHS le notificará a usted y a la Agencia Consultora de IRIS sobre la aprobación del Departamento de su solicitud a través de una carta. * Su Consultor de IRIS le presentará un plan actualizado que refleje la solicitud aprobada. * La Agencia Consultora de IRIS enviará el plan actualizado al Agente Fiscal/Empleador para garantizar el pago del servicio/apoyo/producto recientemente aprobado.   **¿QUÉ OPORTUNIDADES TENGO PARA SEGUIR CON MI SOLICITUD SI DHS NIEGA MI SOLICITUD?**  Si el Departamento niega su solicitud, usted tiene las siguientes dos opciones para proseguir con su solicitud:   * Revisión independiente – la carta que explica que DHS ha denegado su solicitud le proporcionará información sobre la solicitud de una Revisión Independiente de la denegación de su solicitud realizada por otros dentro de DHS. * Apelación – si usted no solicita una Revisión Independiente, una Notificación de Acción que describa la razón(es) para la negación y el proceso que usted debe seguir para que su apelación sea escuchada por un Juez de Derecho Administrativo. | | |
| Usted puede elegir una o ambas de estas opciones. Sin embargo, si va a ejercer su derecho a una Revisión Independiente, usted tiene que hacer la Revisión Independiente **antes** de presentar una apelación. | | |
| **Por favor asegúrese de que se complete la página de la firma.** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Mi firma abajo indica que mi consultor de IRIS ha revisado este documento entero conmigo y he tenido la oportunidad de hacer todas mis preguntas. Mi firma también indica que entiendo el material anterior tal como ha sido presentado. Entiendo que si tengo preguntas sobre mis responsabilidades como participante en el programa IRIS en el futuro puedo dirigirlas a mi consultor de IRIS. Mi firma también indica que entiendo que si no proporciono al Consultor de IRIS con la información necesaria que podría demorar el proceso por el cual la modificación del presupuesto es revisada por el the Department of Health Services. | |
| **FIRMA**– Participante | Fecha firmado |
|  |  |
| **FIRMA** – Guardián (si aplica) | Fecha firmado |
|  |  |
| Mi firma abajo indica que revisé personalmente este documento junto con el participante y/o guardián y les brindé la oportunidad de hacer preguntas. | |
| **FIRMA** – Consultor de IRIS | Fecha firmado |
|  |  |