|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01205CS (11/2019) | | **STATE OF WISCONSIN** |
| **EDUCACIÓN DEL PARTICIPANTE DE IRIS: SOLICITUD DE GASTOS DE UNA SOLA VEZ**  **IRIS PARTICIPANT EDUCATION: ONE–TIME EXPENSE REQUESTS** | | |
| **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 debe 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.** | |
| Los gastos que se hacen una sola vez son gastos costosos que serían la compra de un producto o servicio en una sola ocasión. Ejemplos de gastos de una sola vez incluyen modificaciones en el hogar y modificaciones a un vehículo. Cuando usted identifica la necesidad de un producto o servicio que califica como un gasto de una sola vez y que no se puede comprar usando su presupuesto existente, usted necesitará solicitar formalmente fondos adicionales a través del proceso de solicitud de gastos de una sola vez. La siguiente información le indicará sus responsabilidades como representante legal y/o participante y también le informará sobre el proceso y lo que puede esperar de su Consultor de IRIS durante el proceso del gasto de una sola vez. | | |
| **¿SOY ELEGIBLE PARA LA SOLICITUD DE GASTOS DE UNA SOLA VEZ?**  Antes de comenzar el proceso de solicitud de gastos de una sola vez, deberá saber que existen algunas condiciones que lo excluirían automáticamente de ser elegible para solicitar un gasto de una sola vez. Si cualquiera de las siguientes declaraciones aplica a usted, usted no es elegible para solicitar fondos para un gasto de una sola vez:   * Usted vive en un Adult Family Home (AFH), Residential Care Apartment Complex (RCAC), o Community-Based Residential Facility (CBRF) y tiene la intención de quedarse a vivir ahí. * Usted está en proceso de ser dado de baja por cualquier motivo. * No está al corriente con su obligación de pago o con los pagos de costos compartido. | | |
| **SI SOY ELEGIBLE PARA UN GASTO DE UNA SOLA VEZ, ¿QUÉ PASA DESPUÉS?**  Una vez que se haya determinado que usted es elegible para solicitar fondos para un gasto de una sola vez, 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 hacer lo siguiente:   * Completar el Formulario de Solicitud de Gastos de una Sola Vez. * Documentar las cotizaciones de su proveedor en el Formulario de Comparación de Proveedor. | | |
| **¿CUÁLES SON MIS RESPONSABILIDADES COMO PARTICIPANTE?**  Sus responsabilidades como un participante en el proceso de gastos de una sola vez son las siguientes:   * Estar disponible para su Consultor de IRIS y proporcionar toda la información necesaria para que se realicen los trámites necesarios. * Para las solicitudes de modificaciones en el hogar y modificación del vehículo, tiene que completar una Evaluación de Accesibilidad (Accessibility Assessment) por medio a un proveedor calificado, como un Wisconsin Independent Living Center (ILC). Su asesor de IRIS le puede ayudar a completar y enviar la Evaluación de Accesibilidad (Accessibility Assessment - [F-01213](http://www.dhs.wisconsin.gov/forms/F0/F01213.docx)). Las evaluaciones de accesibilidad son válidas por un año. * Se espera que cada proveedor y/o contratista proporcione las recomendaciones que se describen en la Evaluación de Accesibilidad al obtener las ofertas para un gasto realizado una sola vez (One-Time Expense). * 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 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 oferta que sea comparable tanto para las tareas a realizarse como para los materiales que se utilizarán. | | |
| **¿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 solicitar fondos para gastos de una sola vez 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 al Consultor de IRIS. 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 podría demorar el proceso por el cual la solicitud de gastos de una sola vez 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 |
|  |  |