|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01205JS (02/2017) | | **STATE OF WISCONSIN** |
| **EDUCACIÓN DEL PARTICIPANTE DE IRIS: CUIDADO PERSONAL AUTO DIRIGIDO**  **IRIS PARTICIPANT EDUCATION: SELF-DIRECTED PERSONAL CARE** | | |
| **INSTRUCCIONES:** | Este formulario se debe utilizar como reconocimiento del cumplimiento con la educación del participante del programa IRIS (Include, Respect, I Self-Direct). La cumplimentación del presente formulario no es necesaria a través de la ley del estado de Wisconsin; sin embargo, la cumplimentación del presente formulario es un requisito del programa IRIS Self-Directed Personal Care (IRIS SDPC). La enfermera del IRIS SDPC tiene que reconocer también la revisión de este formulario. | |
| **NOTA:** | **Toda la documentación tiene que conservarse en el expediente del participante y tiene que estar disponible para revisión a petición del Department of Health Services (DHS).** | |
| 1. He tratado mis preferencias en el desarrollo de My Cares (Mis cuidados) con la enfermera de SDPC y estoy de acuerdo con las áreas identificadas de cuidados necesarios. Entiendo que recibiré un nuevo My Cares todos los años, o antes si la enfermera registrada (RN) reevalúa mis necesidades. | | |
| 1. Entiendo que si actualmente envío una factura a una agencia del Medical Assistance Personal Care (MAPC) para cuidados personales, tengo que dejar de facturar un día antes de que este plan de cuidado entre en vigencia. No puedo solicitar los servicios de otra agencia de cuidado personal mientras esté recibiendo financiación del Cuidado Personal Auto Dirigido (Self-Directed Personal Care). | | |
| 1. Entiendo que tengo que notificar a mi enfermera de SDPC si llego a ser elegible para recibir cualquier otro servicio médico a domicilio (Home Health Service) tales como servicios de **Hospicio**, **Cuidado Médico a Domicilio** o **Enfermería Privada**. Entiendo que si necesito los cuidados de enfermería especializada y tengo Medicare no voy a facturar por los servicios de SDPC y Enfermería Especializada/Cuidado Médico a Domicilio a la misma vez. Mis servicios de SDPC serán suspendidos hasta que yo notifique a mi enfermera de SDPC de la fecha final de mis servicios de cuidado Médico a Domicilio/Enfermería Especializada (Medicare). | | |
| 1. Para poder recibir SDPC, estoy de acuerdo con supervisar las visitas como se acordó en este plan de cuidado. Si estas visitas no se completan, los servicios de la enfermera de SDPC se suspenderán o los servicios podrían ser descontinuados. Las enfermeras tienen que visitarme cada 60 días o en un horario acordado conmigo, mi enfermera y médico de SDPC. La enfermera de SDPC puede aumentar las visitas según sea necesario para asegurar la provisión de un plan seguro. Si se solicita una variación a este horario:  * Notificaré a mi enfermera de SDPC de cualquier cambio en la condición que pueda afectar las necesidades de cuidado personal. * Mi enfermera de SDPC puede necesitar llamarme cada 60 días para asegurarse que la Hoja de Instrucciones de My Cares sea actualizada y precisa. | | |
| 1. Notificaré a mi enfermera de SDPC si tengo un cambio de dirección o número de teléfono. | | |
| 1. Entiendo que el SDPC no es facturable para cuidado fuera del estado a menos que obtenga la aprobación de mi enfermera por un período prolongado de tiempo como para viajar por razones de trabajo (un mes de preaviso). Sin embargo, si el viaje aprobado interfiere con mis evaluaciones, visitas de supervisión, etc. podría tener un lapso en los servicios. Si voy a estar fuera del estado de Wisconsin debo notificar a mi enfermera. SDPC es un servicio de la tarjeta de Medicaid del estado de Wisconsin y no es facturable fuera de los Estados Unidos. | | |
| 1. Yo tengo que notificar a mi enfermera de SDPC dentro de 24 horas de una hospitalización, admisión a un hogar de ancianos, encarcelamiento o admisión a otra institución de cuidado a largo plazo. Entiendo que mis trabajadores de SDPC no pueden facturar por servicios mientras estoy en el hospital u otra institución. | | |
| 1. Estoy consciente de que mi asignación de SDPC no aumentará la ayuda a corto plazo que pueda necesitar después de la cirugía o debido a una lesión o enfermedad temporal. Entiendo que mis horas de PRN (de ser necesario horas) están incorporadas en este plan para cubrir los períodos de mayores necesidades. | | |
| 1. Sólo puedo facturar las horas autorizadas por la SDPC RN y no puedo facturar por más del monto autorizado. Entiendo que las horas de SDPC no pueden acumularse de semana a semana. Por medio de la política de DHS, mis trabajadores de SDPC no podrán trabajar más de 40 horas por semana (por todos los servicios de IRIS combinado).Soy responsable de asegurarme que mis cuidadores trabajen y facturen la cantidad de horas correctas. | | |
| 1. Se me dará una asignación de horas semanal; si decido usar mis horas todos los días, yo tengo que dividir estas horas por el número de días en una semana (7). También puedo variar mis horas día a día siempre y cuando no sobrepase mi asignación semanal. | | |
| 1. Soy responsable de la contratación, capacitación y supervisión de mi personal. Voy a entrenar a mis trabajadores sobre los cuidados indicados en este plan de cuidados así como sobre las precauciones estándar tales como el lavado de manos y el uso de guantes. Si necesito ayuda adicional en la formación de mis trabajadores, voy a consultar a mi enfermera de SDPC. | | |
| 1. En caso de un cambio a largo plazo en mi condición que probablemente afecte las instrucciones de My Cares debido a un aumento o disminución en mis necesidades de cuidado personal, y mi enfermera de SDPC determina que tengo un cambio de condición a largo plazo, mi plan será revisado y la fecha de vencimiento y horas autorizadas podrían cambiar. | | |
| 1. Si tengo un representante de SDPC, no puede facturar por la prestación de cuidados personales. Si este representante cambia, contactaré a mi SDPC RN. | | |
| 1. Entiendo que puedo ser involuntariamente desafiliado de los cuidados personales auto dirigidos cuando: | | |
| * Peligra mi salud y seguridad. * Mi autoridad de compra está mal administrada. Por ejemplo, esto incluye pero no se limita a posible fraude, falsa representación, información involuntaria o errónea * Me cambie a un arreglo de vivienda elegible. * Yo ya no cumplo con los criterios de elegibilidad del IRIS SDPC. | | |
| **Por favor asegúrese de que se complete la página de la firma.** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Mi firma abajo indica que mi enfermera de IRIS SDPC ha revisado este documento entero conmigo y que he tenido la oportunidad de hacer todas mis preguntas. Mi firma también indica que entiendo el material tal y como se me presentó. Además, reconozco que falsificar mi herramienta personal de cuidados (Personal Cares Tool) se considera fraude bajo Wisconsin State Statute § 49.49 y castigable con hasta 6 años de prisión y/o $10.000 por incidente.  Entiendo que si tengo preguntas sobre mis deberes como participante en el programa IRIS SDPC en el futuro, que yo las puedo resolver con mi enfermera de SDPC IRIS. Mi firma indica también que entiendo que si no sigo las políticas de IRIS, se me podría pedir que deje el programa IRIS. | |
| **FIRMA** – Participante | Fecha de la firma |
|  |  |
| **FIRMA** – Tutor (Si es aplicable) | Fecha de la firma |
|  |  |
| Mi firma abajo indica que personalmente revisé este documento con el participante y/o tutor y les brindé la oportunidad de hacer preguntas. | |
| **FIRMA** – Enfermera de IRIS SDPC | Fecha de la firma |
|  |  |
| Sírvase de marcar uno de los siguientes: | |
| Orientación inicial | |
| Visita anual | |
| Remediación de la revisión del registro | |