

**SOLICITUD DEL INDEPENDENT LIVING SUPPORTS PILOT (PILOTO DE APOYOS PARA LA VIDA INDEPENDIENTE, ILSP)
(INDEPENDENT LIVING SUPPORTS PILOT [ILSP] APPLICATION)**

Instrucciones e información importante

Completar y firmar este formulario es voluntario; sin embargo, no se puede procesar ninguna remisión para la inscripción en el programa ILSP sin el formulario completado y firmado. Para solicitar este programa, los solicitantes deben comunicarse con su oficina local del Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC). Puede encontrar la información de contacto de los ADRC locales en www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm.

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

El formulario de solicitud del ILSP (F-03161) debe acompañar a todas las remisiones para inscribirse en el programa ILSP. Toda la información debe ser completa y precisa. Se necesita la firma del participante o de su tutor legal, curador o persona con poder notarial vigente. Si el solicitante firma con una marca en lugar de con una firma, es necesaria la firma de dos testigos. Si el solicitante no está capacitado físicamente para firmar, puede indicar a otra persona adulta que firme el formulario en su nombre frente a dos testigos. La persona que firme en nombre del solicitante indicará que está firmando el formulario de acuerdo con sus instrucciones.

La información del participante se compartirá con el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin y sus representantes para la administración y evaluación del programa ILSP..

INSTRUCCIONES ADICIONALES

Sección I

- Se solicita un **Social Security Number (número de Seguro Social)** para facilitar el procesamiento por parte del fiscal agent (agente fiscal) de la documentación del empleador participante y para fines de datos de evaluación del programa.

Sección II

- Según [8 U.S.C. 1621\(a\)](#), solo los ciudadanos estadounidenses, los nacionales estadounidenses o ciertos inmigrantes documentados pueden inscribirse en el ILSP.
- Un **centro certificado o autorizado** incluye, entre otros, un adult family home (hogar familiar para adultos, AFH), un community-based residential facility (centro residencial comunitario, CBRF), un centro de enfermería especializada o un residential care apartment complex (complejo de departamentos de atención residencial, RCAC).
- Vivir dentro del **área de servicio del ADRC** se define como residir en el condado o los condados a los que el ADRC brinda servicios. Se considera que una persona reside en un condado si está físicamente presente en el condado y vive en un lugar de habitación fija con la intención de permanecer voluntariamente.
- **Los programas de atención a largo plazo de Medicaid** incluyen los siguientes: Include, Respect, I Self-Direct (Inclusión, Respeto, Autogestión, IRIS), Family Care, Family Care Partnership y Program of All-Inclusive Care for the Elderly (Programa de Atención Inclusiva para Personas Mayores, PACE).
 - La inscripción en un programa de atención a largo plazo de Medicaid descalifica a los solicitantes del ILSP.
 - La inscripción en el seguro de salud de Medicaid **no** descalifica a un solicitante del ILSP.
- Todos los solicitantes deben proporcionar un **diagnóstico principal**. Si un solicitante tiene 55 años o más y no se aplica ningún diagnóstico principal, se puede ingresar el diagnóstico "Mayor de 55 años sin diagnóstico principal".
 - Para ser elegible, un diagnóstico debe causar necesidades funcionales que se espera que duren más de 90 días a partir de la fecha de la solicitud del ILSP.
 - Los diagnósticos en la categoría de trastorno de salud mental no son elegibles como diagnóstico principal para el ILSP.

- Consulte la Lista de diagnósticos del ILSP para conocer los diagnósticos permitidos.
- **No se requieren diagnósticos adicionales**, pero puede ser útil agregarlos. Los diagnósticos en el grupo objetivo de trastorno de salud mental están permitidos en esta categoría. Si no se espera que diagnósticos adicionales causen necesidades funcionales que duren más de 90 días, se puede seleccionar N/A.
- Todos los **ingresos** del solicitante deben incluirse para sumar un total general. Los solicitantes con un ingreso total general superior al 300 % del [Federal Poverty Level \(Nivel federal de pobreza\)](#) no son elegibles para el programa ILSP. Los ingresos y activos conyugales no se consideran en la solicitud del programa ILSP.
- Los solicitantes deben responder “Sí” a al menos una pregunta de la **Functional Eligibility Screening Tool (Herramienta de evaluación de elegibilidad funcional)** para calificar para el ILSP.
 - Las respuestas de “A veces” deben marcarse como “Sí”.
 - Deben responderse todas las preguntas en la herramienta, aunque se haya respondido “Sí” a una de ellas, antes de inscribirse en el programa ILSP.
- Una **identificación válida** incluye un pasaporte de EE. UU.; una licencia de conducir estatal o una tarjeta de identidad estatal; una identificación con foto de la escuela; una identificación con foto de empleado; una tarjeta de identificación de dependiente militar; una identificación militar o un registro de reclutamiento; registros tribales, como una tarjeta de identificación tribal, un certificado de grado de sangre indígena, un documento del censo tribal o documentos con membrete tribal; o una identificación con foto del United States Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, USCIS).

Sección III

- **La firma** del formulario de solicitud es un consentimiento legal para participar en el programa ILSP.

Sección IV

- El ADRC marcará los formularios de los solicitantes elegibles con una fecha de inscripción que sea la misma que la fecha de la firma.
- El ADRC marcará los formularios de solicitantes no elegibles con el motivo de la no elegibilidad.
- Esta sección proporciona un aviso a los solicitantes del ILSP sobre el resultado de su solicitud.

Sección V

- El trabajador del ADRC ingresará su información.

INDEPENDENT LIVING SUPPORTS PILOT (PILOTO DE APOYOS PARA LA VIDA INDEPENDIENTE): SOLICITUD

I. INFORMACIÓN DE REMISIÓN

Datos demográficos

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento	ADRC que hace la remisión	
Dirección		Ciudad	Código postal	
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico	Mejor momento para contactar	
Tutela establecida <input type="checkbox"/> Tutor de la persona <input type="checkbox"/> Tutor patrimonial <input type="checkbox"/> N/A	Poder notarial vigente <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Finanzas <input type="checkbox"/> N/A	Nombre del tutor/POA		
		Dirección de correo electrónico		
		Número de teléfono	Mejor momento para contactar	
Seguro médico <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Sin seguro				Social Security Number (número de Seguro Social)
Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Raza/etnia <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Etnia hispana <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
¿Cuál es su idioma preferido?		Necesita un intérprete de idiomas <input type="checkbox"/> N/A Idioma:		

Persona de contacto designada

(Complete esta sección solo si el solicitante pide que otra persona sea el contacto principal)

Nombre de la persona de contacto designada	Relación	Número de teléfono	Mejor momento para contactar
--	----------	--------------------	------------------------------

II. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

- Soy ciudadano estadounidense o inmigrante calificado según [8 U.S.C. 1621\(a\)](#).
 No vivo en un centro certificado o autorizado.
 Vivo dentro del área de servicio de este ADRC.
 Actualmente no estoy inscrito en un programa de long-term care (atención a largo plazo, LTC) de Medicaid.
 Identificación válida proporcionada:

Diagnóstico principal:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	ADRC que hace la remisión
---	---------------------	---------------------------

Diagnósticos adicionales:

Ingresos

Para cada uno de los siguientes puntos, indique el total bruto (antes de deducciones) de los ingresos anuales previstos durante 12 meses. (No incluya los ingresos de su cónyuge)

Seguro Social bruto	\$
Salarios brutos	\$
Intereses, dividendos y ganancias de capital	\$
Ingresos netos de trabajo autónomo	\$
Ingresos de jubilación	\$
Otros ingresos	\$
Total general	\$

Herramienta de evaluación de elegibilidad funcional

¿Tiene dificultad o necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades diarias?		
1. Bañarse La capacidad de ducharse, bañarse o tomar un baño de esponja con el fin de mantener una higiene adecuada. Incluye entrar a la bañera o la ducha y salir de estas, abrir y cerrar el grifo, y ajustar el agua a una temperatura segura. Lavarse y secarse el cuerpo. Lavarse el pelo.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Vestirse La capacidad para vestirse y desvestirse con seguridad. Esto incluye la parte superior e inferior del cuerpo, la ropa interior, los calcetines y los zapatos. Ponerse y quitarse prótesis, dispositivos ortopédicos, medias antiembolia (medias TED), productos o dispositivos de compresión, o dispositivos para aliviar la presión. La capacidad cognitiva de elegir ropa apropiada para el clima.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Comer El acto de llevar comida o bebida del plato/tazón o de la taza a la boca (masticar si es necesario y tragar) usando utensilios de rutina o adaptables.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Movilidad La capacidad de moverse entre ubicaciones (incluidas las escaleras) en el espacio donde vive la persona. El espacio donde vive se define como cocina, comedor, sala de estar, baño y área para dormir.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Usar el baño La capacidad de usar de manera segura el inodoro, la cuña o el urinario para el control de los intestinos o la vejiga en la casa. Incluye ubicar el baño en el espacio donde vive, sentarse en el inodoro y levantarse de este, limpiarse el área perineal, cambiarse los productos menstruales o para la incontinencia, o manejar el catéter o la ostomía.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Trasladarse La capacidad de moverse con seguridad entre dos superficies. Incluye pasar de una posición sentada a una de pie y viceversa.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	ADRC que hace la remisión	
<p>7. Preparar la comida</p> <p>La capacidad de obtener y preparar comidas sencillas de manera segura, incluida la tarea de comprar alimentos. Incluye abrir recipientes de alimentos, usar electrodomésticos de cocina de manera segura, colocar alimentos en un plato y llevarlos a la mesa de manera segura, cortar alimentos, preparar alimentos de forma adecuada y desinfectarlos correctamente. Obtener comida, lo que incluye comprarla en la tienda, meter las bolsas en un vehículo y en la casa, y guardarla.</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<p>8. Medicamentos</p> <p>Administración: tomar o recibir regularmente un medicamento por cualquier vía (oral, tópica, inyectable, etc.), excepto por vía intravenosa (IV), que recete un médico.</p> <p>Gestión: preparar o monitorear los medicamentos recetados y regularmente programados y utilizados de una persona. Esto incluye la preparación y el monitoreo de medicamentos.</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<p>9. Administrar el dinero</p> <p>La capacidad de manejar dinero, incluido el pago de facturas y la realización de transacciones financieras, para necesidades básicas (alimentos, vivienda y ropa).</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<p>10. Hacer tareas de la casa</p> <p>La capacidad para completar la lavandería personal, la limpieza rutinaria y las tareas básicas de mantenimiento del hogar. Esto incluye lavar, aspirar, trapear, lavar los platos, limpiar el baño, limpiar las superficies, sacar la basura, cortar el césped y quitar la nieve.</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<p>11. Utilizar el teléfono</p> <p>La capacidad física y cognitiva de una persona para usar un teléfono u otro dispositivo para intercambiar información con otros, comunicación bidireccional.</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<p>12. Transportarse</p> <p>La capacidad física y cognitiva para conducir un vehículo regular o adaptable.</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	ADRC que hace la remisión
---	---------------------	---------------------------

III. ACUERDO

Certifico, bajo pena de perjurio y falso testimonio, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluida la información facilitada sobre la situación de ciudadanía o inmigración.

Si se determina que soy elegible, doy mi consentimiento para inscribirme en el Independent Living Supports Pilot (Piloto de Apoyos para la Vida Independiente) y seguir todas las reglas del programa que se encuentran en el manual del participante.

Doy mi consentimiento para compartir mi información con el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin y sus representantes para la administración y evaluación del programa ILSP.

FIRMA del solicitante	Fecha
FIRMA del tutor legal, el curador o la persona con poder notarial vigente para finanzas	Fecha
FIRMA del tutor legal, el curador o la persona con poder notarial vigente para finanzas	Fecha
FIRMA del testigo (si corresponde)	Fecha
FIRMA del testigo (si corresponde)	Fecha

IV. CONCLUSIONES DE ELEGIBILIDAD (debe completarlo el ADRC)

- El solicitante es elegible para el programa ILSP Fecha de inscripción: _____
- El solicitante no es elegible para el programa ILSP debido a las siguientes razones:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No es elegible en términos financieros | <input type="checkbox"/> Está inscrito en un programa de LTC de Medicaid |
| <input type="checkbox"/> No cumple la necesidad funcional | <input type="checkbox"/> Vive en un centro certificado o autorizado |
| <input type="checkbox"/> No tiene un diagnóstico que califique | <input type="checkbox"/> No vive en el área de servicio del ADRC |
| | <input type="checkbox"/> No cumple con los requisitos de ciudadanía |

V. QUIÉN COMPLETÓ LA INFORMACIÓN

Nombre del trabajador del ADRC	Fecha
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico