CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA DEMOSTRACIÓN MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP) DE WISCONSIN

INFORMED CONSENT FOR PARTICIPATION IN WISCONSIN'S MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP) DEMONSTRATION

Money Follows the Person (MFP) (en español, El dinero sigue a la persona) es una demostración federal que valora y proporciona apoyo para viviendas basadas en el hogar y la comunidad. MFP reembolsa al sistema de cuidado a largo plazo del estado cuando las personas pasan de cuidado a largo plazo, localidades institucionales a entornos comunitarios integrados tales como casas, apartamentos, casas unifamiliares para adultos de cuatro camas o menos y a ciertos apartamentos residenciales de cuidado. Los reembolsos del proyecto apoyan a los crecientes servicios basados en el hogar y la comunidad para las personas que residen en instituciones.

Debido a que MFP es una demostración, el gobierno federal (patrocinador de la demostración) está interesado en saber acerca de su experiencia y de si vivir en comunidad es preferible a vivir en una institución. Para recopilar esta información se llevan a cabo tres encuestas con usted. Usted puede negarse a ser entrevistado en cualquier momento.

Para incluirlo en la demostración del MFP, es necesario su consentimiento. La participación es voluntaria. Elegir no participar no afectará su dada de alta a la comunidad. Si usted decide no participar, su transición de una institución a la comunidad no se contará bajo la demostración del MFP.

Puede encontrar más detalles acerca de la demostración MFP al dorso de este documento y en http://www.dhs.wisconsin.gov/ltc_cop/MFP/MFP.HTM.

RECONOCIMIENTO DEL PARTICIPANTE

Nombre del participante (Escribir en letra de molde)		Fecha de nacimiento	Número ID de Medicaid	
Nombre de la facilidad	Ciudad de la facilidad	Número de teléfono de la facilidad	Fecha de admisión	Grupo meta
☐ Doy mi consentimiento voluntario para participar en Money Follows the Person.				
☐ Me niego a participar en Money Follows the Person.				
FIRMA (Participante o guardián si aplica)			Fecha de la firma	

RECONOCIMIENTO DE LA AGENCIA REPRESENTANTE

He compartido información sobre la demostración MFP con el solicitante (o guardián) y creo que él/ella entiende la información del programa.

FIRMA de la agencia representante		Fecha de la firma	
NOMBRE de la agencia representante (Escribir en letra de molde)		NOMBRE de la agencia	
Dirección de correo electrónico (Email Address)		Número de teléfono	

ENVIAR FORMULARIO POR FAX AL 608-221-6594

He sido informado de que:

- La demostración Money Follows the Person (MFP) está patrocinada por los Centros Federales para Medicare y Medicaid (CMS). La demostración apoya a los estados para mejorar y equilibrar sus sistemas de apoyo a largo plazo por medio a la transición de las personas de las instituciones.
- CMS otorgó una subvención de demostración al Department of Health Services (DHS) de Wisconsin para operar MFP en Wisconsin.
- CMS contrató al Mathematica Policy Research para evaluar MFP en todo el país. Cierta información acerca de los participantes en MFP es compartida con CMS y Mathematica Policy Research para cumplir con los requisitos legales de evaluación del proyecto.
- La participación en MFP es totalmente voluntaria. Negarse a participar en MFP NO afectará la elegibilidad para Medicaid o para los servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Existe una lista de agencias defensoras de los participantes que puedo consultar si siento que mis derechos han sido infringidos por una agencia, proveedor u otra entidad.

Beneficios de la demostración:

- Me ofrecerán servicios bajo la demostración MFP, que me permitirán hacer la transición de la institución a una casa, apartamento o entorno pequeño de vivienda en grupo en la comunidad. Los servicios MFP continúan por un año después de la reubicación siempre y cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad para la demostración.
- Al final de un año, seguiré recibiendo los servicios bajo el programa basado en el hogar y la comunidad disponible en mi condado, siempre y cuando siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del programa.

Participación en la investigación y riesgo potencial:

- Se proporcionará información sobre mi participación en la demostración MFP al CMS y al Mathematica Policy Research.
- Existe un leve riesgo de divulgación de información confidencial no autorizada. El riesgo es juzgado leve debido a los procedimientos establecidos para proteger los datos y limitar su divulgación a otras partes (como se describe a continuación).
- Tal vez me pidan responder a las encuestas, participar en visitas a mi casa o de lo contrario comunicarme con el contratista de evaluación para la demostración del MFP.
- Se me ha proporcionado la oportunidad de leer el material que describe el componente de investigación de la Demostración del MFP. El material describe los objetivos básicos de la investigación, los tipos de datos recogidos, cómo se protege la confidencialidad de los datos, y los beneficios y riesgos asociados con la investigación, e información de contacto si tuviera preguntas sobre el material de investigación.

Confidencialidad

- He sido informado que la información proporcionada por DHS a CMS y al contratista de evaluación es confidencial y protegida bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Información de contacto de emergencia

- Se me proporcionará información por escrito sobre los pasos a seguir en caso de una emergencia que no sea de carácter médico relacionada con mi cuidado (por ejemplo, el trabajador no aparece, fallas del equipo).

Retiro del proyecto de demostración MFP

- Entiendo que mi participación en la demostración MFP es totalmente voluntaria. Después de la inscripción, puedo retirarme en cualquier momento completando un formulario de retiro, disponible a través de mi administrador de cuidado o coordinador de servicios o del director(a) del proyecto MFP.
- Entiendo que en caso de que pierda elegibilidad para recibir Medicaid o decida mudarme a una residencia que no sea una residencia calificada por un MFP, ya no podré participar en esta iniciativa.

Quejas

- Entiendo que si tengo alguna queja o preocupación acerca de mi participación en la demostración del MFP, puedo ponerme en contacto con el director del proyecto MFP en:

Dirección: DHS / Division of Long Term Care
MFP – Money Follows the Person
Room 437
PO Box 7851
Madison WI 53707-7851
Fax: (608) 221-6594