



**CHICO OFFICE**  
1398 Ridgewood Dr  
Chico, CA 95973  
(530) 343-0727  
Fax (530) 894-3186  
[www.homeandhealthcaremgmt.com](http://www.homeandhealthcaremgmt.com)

**REDDING OFFICE**  
1647 Hartnell Ave, Ste 11  
Redding, CA 96002  
(530) 226-0120  
Fax (530) 894-3186

## Información required para la solicitud de HCBA

Si actualmente está hospitalizado, comparta esto con su planificador de altas para ayudarlo a enviarnos lo siguiente:

- Lista de medicamentos que incluye medicamentos de venta libre.
- Portada de la instalación.
- Historia y Física
- Lista de diagnósticos médicos junto con la fecha de inicio
- Notas de Terapia (Física, Ocupacional y/o del Habla); si es aplicable
- Documentos de Poder Legal; si es aplicable
- Documentos de Tutela; si es aplicable
- Documentos de Directivas Anticipadas de Atención Médica; si es aplicable
- Lista de equipo médico duradero necesario y nombre del proveedor para cada artículo de DME (es decir, oxígeno, silla de ruedas, cama, sobrecolchón) si corresponde
- Lista de suministros médicos y nombre de los proveedores si corresponde, es decir, catéteres y bolsas.
- Lista de especialistas, médicos/proveedores de salud, farmacia, dentistas, etc. – su información de contacto de teléfono/dirección/fax
- Lista de otros proveedores de servicios y su información de contacto, es decir, Centro Regional, administrador de casos de IHSS, proveedores de IHSS, Agencia de Salud en el Hogar, etc.
- Bosquejo del plano de planta de la casa (ver adjunto)

ENVÍE TODOS LOS DOCUMENTOS POR FAX AL 530-894-3186 O POR CORREO ELECTRÓNICO [HCBAWAIVER@HOMEANDHEALTHCAREMGMT.COM](mailto:HCBAWAIVER@HOMEANDHEALTHCAREMGMT.COM) O PUEDE ENVIAR TODOS LOS DOCUMENTOS A: HCBA ADMISSIONS 1398 RIDGEWOOD DRIVE, CHICO, CALIFORNIA 95973



**CHICO OFFICE**  
1398 Ridgewood Dr  
Chico, CA 95973  
Phone (530) 343-0727

**REDDING OFFICE**  
1647 Hartnell Ave, Ste 11  
Redding, CA 96002  
Phone (530) 226-0120

[www.homeandhealthcaregmt.com](http://www.homeandhealthcaregmt.com)

**Solicitud del Programa de Exención de Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad (HCBA)**

*Complete y envíe esta solicitud de cuatro páginas para solicitar el Programa de Exención de HCBA.*

**Nombre del solicitante:**

**Teléfono:**

**Fecha de Nac.:**

**Edad:**

**Sexo: M**

**F**

**Casado(a):** Si      No

**País de Residencia:**

**¿Dónde vive actualmente el solicitante?**

En casa

Hospital

Fecha de admisión:

Fecha aprox. de salida:

Número de días seguidos en el hospital:

Centro de enfermería

Fecha de admisión:

Fecha aprox. de salida:

Número de días seguidos en el centro:

Nombre-centro:

Ciudad:

Otros, tipo de domicilio:

Otro nombre:

Otra ciudad:

Fecha de admisión, si es aplicable:

**Dirección Postal del Solicitante**

Calle:

Apt./Piso/Habitación:

Ciudad:

Código Postal:

Calle:

Apt./Piso/Habitación:

Ciudad:

Código Postal:

Fecha de admisión:

## Seguro de Salud

¿Medi-Cal? Sí No

En caso afirmativo, Número:

(lo encontrará en la tarjeta-ID del Benefiario Medi-Cal (BIC))

¿Medicare? Sí No

En caso afirmativo

¿Que Parte?:

Parte A

Parte B

Parte A y B

Parte D

Otros Seguros: Sí No

En caso afirmativo, nombre del seguro:

### Enumere los diagnósticos médicos actuales del solicitante (enfermedad o lesión principal):

Marque las casillas que identifiquen las necesidades médicas actuales del solicitante. Utilice los espacios en blanco a continuación para identificar las necesidades médicas adicionales que no figuren en la lista. Podrá proporcionar comentarios adicionales al reverso de la aplicación.

Respirador, identifique el número de horas que el solicitante utiliza el respirador por día: horas

Traqueostomía

Dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP); cantidad de horas que el solicitante utiliza el dispositivo por día: horas

Succión traqueal, número de veces por día:

Dispositivo de presión positiva de dos niveles de las vías respiratorias (BiPAP); cantidad de horas que el solicitante lo utiliza por día: horas

Succión oral, número de veces por día:

Tratamientos respiratorios, identifique el número de tratamientos que el solicitante recibe por día: tratamientos

Aspiración nasal, número de veces por día:

Nebulizador de ambiente

Uso continuo de oxígeno

Oxígeno según sea necesario

Medicamentos orales (por vía oral)

Alimentación oral (por vía oral); ¿Por si mismo? Si No

Incontinencia urinaria

Medicamentos por sonda nasogástrica (GT)

Alimentación por sonda nasogástrica (GT)

Sondaje vesical

Medicamentos intravenosos (IV)

Alimentación intravenosa (IV)

Incontinencia intestinal

Cuidado intestinal de rutina

Urostomía/Colostomía

*Los diagnósticos médicos continúan en la siguiente página*

Tratamiento para dolor crónico

Úlceras por presión/heridas abiertas

Tratamientos de piel o heridas, cantidad de úlceras/heridas abiertas:

Lugar de las heridas:

Contracturas

Lugar de las contracturas:

Puede mover ligeramente los brazos o las piernas, pero necesita ayuda. *Explicar brevemente al reverso.*

No puede mover los brazos o las piernas por lo que requiere de asistencia. *Explicar brevemente al reverso.*

Requiere aparato especial (por ejemplo, silla de ruedas, sistema de elevación, rampa, etc.). *Explicar...*

Otro

Otro

Otro

**¿Se presentó esta solicitud para el solicitante?**

Si

No

1. ¿Quién tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica del solicitante?

Solicitante

Otros, En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre:

Parentesco:

Teléfono:

2. Si corresponde, ¿se le notificó al solicitante o al representante legal que esta solicitud se envió para registrar al solicitante en el *Programa de Exención de HCBA*?

Si

No

En caso afirmativo, proporcione el nombre y el título de la persona que completó la solicitud:

Nombre:

Título:

Teléfono:

**Identifique a todos sus proveedores de servicios actuales:**

**Home Health Agency (HHA)**, proporcione la siguiente información:

Nombre de HHA:

Número de horas de servicios de salud domiciliarios recibidos cada semana:

Tipo de servicios recibidos:

Asistente a domicilio

Asistente Certificado para Atención Médica en el Hogar (CHHA)

Servicios de Enfermería, por cuenta de: RN , y/o LVN

**In-Home Supportive Services (IHSS)**, proporcione la siguiente información:

Número de horas de IHSS autorizadas por mes:

*Para obtener más información de elegibilidad de IHSS, comuníquese con el condado del solicitante de la oficina del Departamento de Servicios Sociales y consulte con el Departamento de Admisión de IHSS.*

**California Children Services (CCS)**

**Regional Center**, proporcione la siguiente información:

Nombre del centro:

Nombre del coordinador de servicios:

**Adult or Pediatric Day Health Care**, proporcione la siguiente información:

Nombre del centro:

Cantidad de días por semana:

El solicitante asiste a la **escuela** fuera del hogar, proporcione la siguiente información:

Cantidad de días por semana:

Número de horas por día:

¿La escuela proporciona servicios de atención médica en la escuela?      Si              No

**Multipurpose Senior Services Program (MSSP)**

MSSP es una prestación del Programa de Exención de HCBS para los beneficiarios de Medi-Cal mayores de 65 años que ofrece servicios generales y apoyo de enfermería. Para obtener más información sobre este programa, ingrese en: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MSSPMedi-CalWaiver.aspx>

**Hospice**

*Hospice es una prestación de Medicare/Medi-Cal para los beneficiarios con un diagnóstico terminal. Para obtener más información sobre esta prestación, comuníquese con el médico del solicitante.*

**Program of All Inclusive Care for the Elderly (PACE)**

*PACE es una prestación de Medi-Cal que ofrece todos los servicios preventivos, primarios, agudos, de atención a largo plazo, sociales y de rehabilitación a través de un programa integral para personas mayores elegibles, de 55 años o más. Para obtener más información, llame al 1-888-633-7223, o ingrese en: [www.CALPACE.org](http://www.CALPACE.org).*

**Senior Care Action Network (SCAN)**

*SCAN Health Plan, como un Medicare Advantage Special Needs Plan, ofrece servicios de salud y cuidados a largo plazo a beneficiarios elegibles de Medicare/Medi-Cal mayores de 65 años. Para obtener más información, llame al 1-877-452-5898, o ingrese en: [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com).*

---

Una vez completado, envíe esta solicitud por correo a la siguiente dirección:

**Home & Health Care Management  
1398 Ridgewood Drive  
Chico, CA 95973**

o mediante FAX: (530) 894-3186

*El Departamento de Servicios de Salud cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.*



**CHICO OFFICE**  
1398 Ridgewood Dr  
Chico, CA 95973  
(530) 343-0727  
Fax (530) 894-3186  
[www.homeandhealthcaremgmt.com](http://www.homeandhealthcaremgmt.com)

**REDDING OFFICE**  
1647 Hartnell Ave, Ste 11  
Redding, CA 96002  
(530) 226-0120  
Fax (530) 894-3186

Estimado: Solicitante de HCBA

Gracias por permitirnos brindarle servicios bajo la exención de Alternativas basadas en el hogar y la comunidad (HCBA). Con el fin de facilitar su solicitud, cualquier ayuda que recibamos de usted para tener un diagrama de su casa nos ayudará a que su papeleo/solicitud se procese antes a nivel estatal.

Le pedimos que dibuje un diagrama de su hogar que muestre las salidas/entradas, los pasillos, los dormitorios, los baños, la cocina y la sala de estar en la hoja de gráficos incluida. ¡No necesita ser perfecto! Lápiz o pluma está bien, solo necesitamos una idea general de dónde se encuentran las habitaciones.

Envíe por correo, fax o correo electrónico este documento junto con la información solicitada a Home and Health Care Management lo antes posible para procesar su solicitud de HCBA.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al (530) 343-0727 o a nuestro número gratuito 800-400-0727 y pregunte por el personal administrativo de HCBA.

Gracias por su asistencia.  
Atentamente,

Equipo administrativo de HCBA  
Dirección de envío:  
Administración de atención médica en el hogar, Inc.  
1398 Ridgewood Drive, Chico, CA 95973

Fax protegido:  
(530) 894-3186

Dirección de correo electrónico:  
[hcbawaiver@homeandhealthcaremgmt.com](mailto:hcbawaiver@homeandhealthcaremgmt.com)

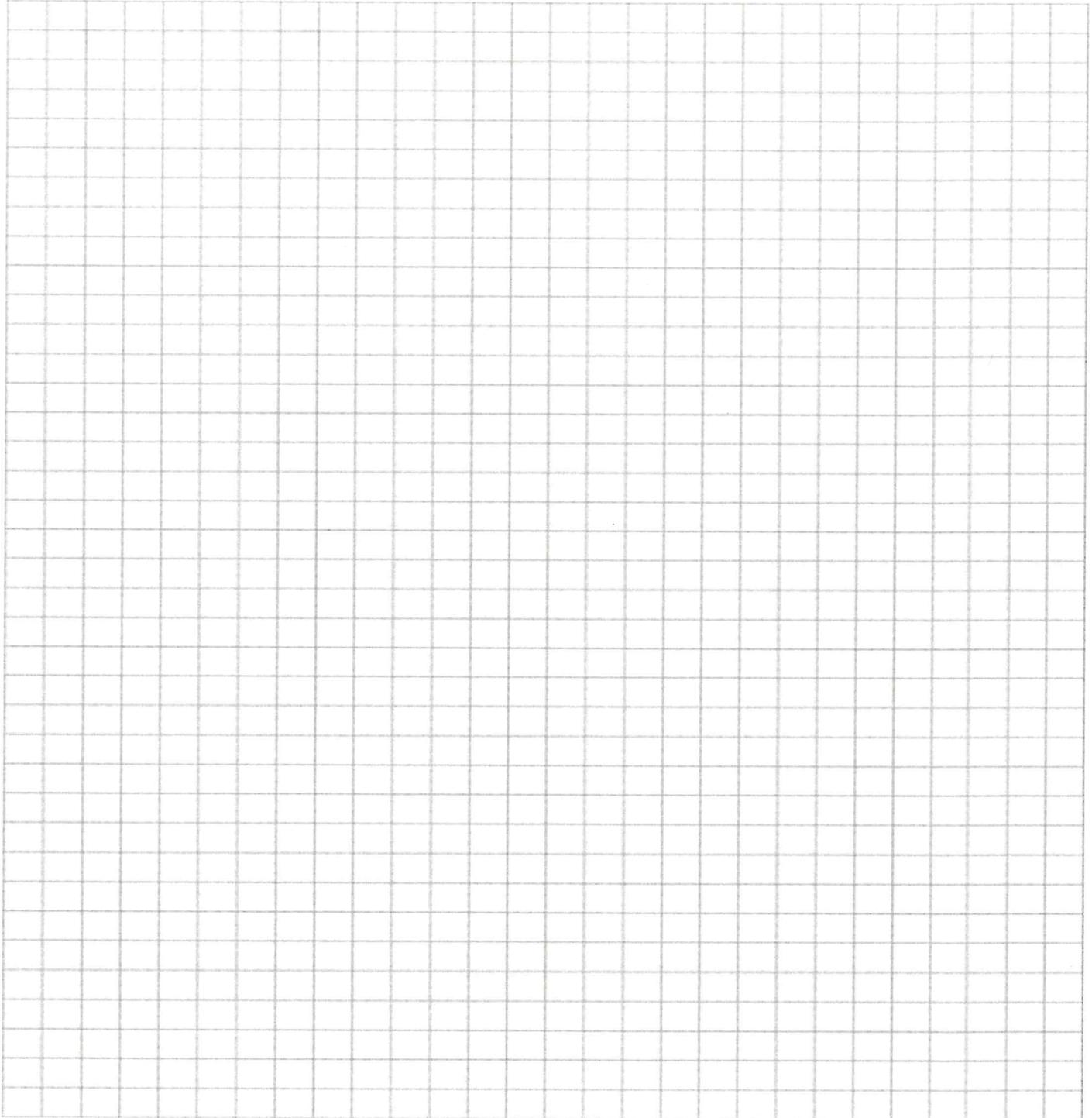


**Home & Health Care™**  
MANAGEMENT

CHICO OFFICE  
1398 Ridgewood Dr.  
Chico, CA 95973  
PH (800) 400-0727  
PH (530) 343-0727  
FAX (530) 894-3186  
[www.homeandhealthcaremgmt.com](http://www.homeandhealthcaremgmt.com)

REDDING OFFICE  
1647 Hartnell Ave, Ste 11  
Redding, CA 96002  
(530) 226-0120  
Fax (530) 224-7186

## HOME DIAGRAM



**Client Name:**

**CIN#:**

**Date:**

**Address:**

## **Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.**

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta Agencia de Exención (WA) origina, obtiene y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. La WA usará y divulgará mi información médica protegida según lo define la ley federal como se describe a continuación:

1. Una base para planificar mi atención y tratamiento
2. Un medio de comunicación entre los profesionales sanitarios que contribuyen a mi cuidado
3. Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como evaluar la calidad de la atención y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

### **Información médica:**

Como solicitante o beneficiario de HCBA, entiendo que la Administración del Hogar y la Atención Médica (HHCM) da su consentimiento para el uso y la divulgación de información de salud:

1. Me permite a mí o a mi representante legal/autorizado acceder a mi información médica
2. Permite que HHMC proporcione mi información médica a proveedores y agencias involucradas en mi atención según lo considere necesario la WA
3. Permite que HHMC proporcione copias de mi registro médico para fines de administración médica, verificación y pago, quejas y actividades relacionadas necesarias para la administración adecuada de los servicios de WA.

Este consentimiento es válido durante la duración de los participantes asociados con la WA a menos que el participante lo revoque.

Nombre del beneficiario/solicitante o representante legal de HCBA: \_\_\_\_\_

Relación con el beneficiario/solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\*Firma del participante/solicitante o representante legal de HHCM

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Una copia de la imagen escaneada de mi firma será tan válida como el original.