



Sistema de protección y defensa de California
www.disabilityrightsca.org
Línea gratuita: (800) 776-5746
TTY (teléfono de texto): (800) 719-5798

N.º 7: Hoja informativa sobre los recortes presupuestarios de California relativos a los programas y servicios de discapacidades de desarrollo, 28 de julio de 2009

Servicios y debido proceso según la exención de los Servicios basados en la comunidad y en el hogar (HCBS)

Los cambios que se incluyen en el anticipo del proyecto de ley de presupuesto pueden afectarlo en menor medida si recibe los servicios provistos mediante la exención de los Servicios basados en la comunidad y en el hogar (HCBS) de Medicaid. Esto se denomina generalmente “Renuncia para DD”.¹ Esto se debe a que los servicios cubiertos por la renuncia para DD son servicios de Medi-Cal sujetos a las reglas que se aplican a otros servicios de Medi-Cal.

¿Quiénes tienen cobertura según la renuncia para DD?

Las reglas de la renuncia para DD de los HCBS se aplican a los consumidores de centros regionales que reciben servicios según la renuncia para DD. Los consumidores de centros regionales son elegibles para la renuncia para DD si cumplen con los siguientes requisitos:

- Son elegibles para Medi-Cal. Esto incluye a las personas que califican para Medi-Cal bajo atribución institucional. Esto significa que los ingresos y recursos del padre o cónyuge no se tienen en

¹ Aquí encontrará una copia de la exención de HCBS para DD: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Documents/DDRenewalApp2006TO2011.pdf>. Asimismo, hay una copia de la exención de HCBS para DD a su disposición en cada centro regional, para que pueda revisarla.

cuenta al determinar la elegibilidad del consumidor para Medi-Cal.²

- La discapacidad es lo suficientemente grave para permitir la inscripción en uno de los centros médicos que asisten a personas con discapacidades de desarrollo (ICF/DD, ICF/DDH y ICF/DDN).³

Una vez que califique para los servicios de la renuncia para DD, deberá recibir al menos uno de estos servicios durante el transcurso de un año para continuar calificando para la renuncia para DD.

En caso de no saber si cuenta con cobertura según la renuncia para DD, pregúntele a su coordinador de servicios o consulte la copia de su último Plan de programa individualizado (IPP).⁴

¿Qué servicios tienen cobertura según la renuncia para DD?

Se adjunta una lista de los servicios con cobertura según la renuncia para DD. Esta lista se extrajo del Capítulo 13 del manual *“Rights Under The Lanterman Act”* (Derechos según la Ley Lanterman).⁵

¿Cuáles son sus derechos según la renuncia para DD?

En primer lugar, la renuncia para DD define el alcance de los servicios de la renuncia. La renuncia tiene prioridad sobre cualquier conflicto idiomático de la Ley Lanterman. Por ejemplo, los centros regionales no pueden negarse a proporcionar ciertos servicios de renuncia basados en las políticas de adquisición de servicios del centro regional en cuestión, o por tratarse de un servicio que el centro no cubre.

En segundo lugar, el estado debe garantizar la protección de la salud y el bienestar de los clientes del centro regional que reciben servicios según la renuncia para DD.⁶ Por ejemplo, el centro regional no puede quitar un

² Recuerde que sí cuenta el ingreso de un menor. Por ejemplo, los beneficios de dependientes del Seguro social o 2/3 de la pensión alimenticia del menor cuentan como ingresos al determinar la elegibilidad.

³ No es necesario que resida en un centro médico. Simplemente debe calificar para recibir servicios en un centro médico.

⁴ Su IPP debe indicar “Renuncia de Medi-Cal” en la portada si usted recibe cualquier servicio según la renuncia para DD.

⁵ Aquí encontrará una copia del Capítulo 13 sobre la exención de los HCBS (Servicios basados en la comunidad y en el hogar) para clientes de centros regionales: <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/506301Ch13.pdf>. O llame a nuestro número 800 y le enviaremos una copia del Capítulo 13.

⁶ 42 U.S.C. § 1396n (c) (2) (A). Esta norma es un elemento agregado a la determinación y al estándar de necesidad médica.

servicio financiado por la renuncia para DD que usted necesite para poder permanecer de manera segura en la comunidad.

En tercer lugar, si usted es menor de 21 años, se aplica el estándar de necesidad médica federal sobre Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) para decidir si usted necesita o no determinado servicio financiado por Medi-Cal, incluidos los servicios de la renuncia para DD.⁷ Los servicios tienen cobertura cuando son “necesarios para corregir o mejorar defectos y afecciones o enfermedades físicas o mentales”.⁸ Este estándar es más amplio que el que se aplica a los adultos y significa que, si usted es menor de 21 años, califica para más servicios financiados por Medi-Cal que un paciente adulto.

¿Qué sucederá si el centro regional desea cambiar sus servicios?

Si el centro regional desea modificar sus servicios, deberá mantener una reunión de IPP y llegar a un acuerdo con usted sobre la modificación o deberá entregarle una notificación por escrito. Por ejemplo, si usted asiste a una reunión de IPP⁹ y su hijo es menor de 21 años y necesita servicios de conducta, usted puede explicar de qué modo esos servicios cumplen con los criterios de la Ley Lanterman y también puede explicar de qué manera su hijo necesita esos servicios para “corregir su condición.” (Estándar EPSDT)

Si luego de la reunión de IPP usted no está de acuerdo con la decisión de modificar el servicio, el centro regional deberá entregarle una notificación por escrito de la decisión. La misma deberá ser entregada 30 días antes de que comience la modificación.¹⁰ La notificación deberá contener la siguiente información:

- La medida que llevará a cabo el centro regional;
- los principios sobre los cuales se basa la decisión del centro regional;

⁷ Esto no se aplica en el caso de servicios de renuncia que solamente se encuentran disponibles a través de una renuncia. Únicamente se aplica en el caso de servicios de renuncia que se encuentran disponibles a través del programa habitual de Medi-Cal.

⁸ Código de Reglamentos de California, título 22 § 51340 (e) (3) (A). Estándar de necesidad médica federal sobre Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) también en 42 U.S.C. § 1396d (r) (5).

⁹ Generalmente, un equipo de IPP toma las decisiones sobre los servicios que usted necesita. Código de Bienestar e Instituciones, sección 4646.4(a)-(c). Sin embargo, la ley establece que si un centro regional desea reducir, finalizar o cambiar un servicio en su IPP sin su consentimiento, éste deberá entregarle una notificación 30 días antes. Código de Bienestar e Instituciones, sección 4710.

¹⁰ Código de Bienestar e Instituciones, sección 4710

- la razón de esta medida;
- la fecha de entrada en vigencia; y
- la ley, reglamento o política específica que avalan la medida.¹¹

Si usted ya está recibiendo el servicio, no está de acuerdo con la decisión del centro regional y desea continuar recibiendo el servicio, deberá solicitar una audiencia imparcial dentro de los 10 días después de recibida la notificación.¹² De lo contrario, la solicitud debe realizarse dentro de los 30 días.¹³ Si usted cree que reúne los requisitos para un servicio según la renuncia para DD, recuerde agregar en la solicitud de la audiencia imparcial un comentario como este: “También deseo que se determine mi derecho a recibir este servicio según la renuncia para DD”.

Para obtener más información relevante sobre la apelación de decisiones del centro regional, lea la hoja informativa sobre Debido proceso y derechos de audiencia.

¿De qué se tratan las audiencias imparciales?

Los conflictos sobre la elegibilidad para la renuncia o sobre los servicios según la renuncia se resuelven mediante los procedimientos de audiencias imparciales regulares de la Ley Lanterman. El Juez de derecho administrativo (ALJ) verá en primer lugar si el asunto se puede resolver a favor del consumidor según la Ley Lanterman. En caso contrario, el ALJ considerará los derechos según la renuncia y el programa federal y estatal de Medi-Cal o Medicaid. Asegúrese de solicitarle al ALJ que haga esto si usted está presente en la audiencia.

Esta ley es difícil de comprender y aplicar. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Defensor de los Derechos de los Clientes.

¹¹ Código de Bienestar e Instituciones, sección 4701. La información deberá estar en el idioma que usted entiende.

¹² Código de Bienestar e Instituciones, sección 4715

¹³ Código de Bienestar e Instituciones, sección 4710.5 (a)