

Acerca de esta Guía

La Guía para defensores del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) está diseñada para defensores y personas que proporcionan asistencia a adultos mayores de bajos ingresos, así como también a niños y adultos con discapacidades. La Guía brinda información detallada acerca del IHSS y consta de ocho capítulos: (1) Descripción general del Programa IHSS; (2) Elegibilidad y solicitud de IHSS; (3) Programas de Medi-Cal e IHSS; (4) Descripción general de los Servicios IHSS; (5) Tipos de servicios; (6) Proveedores de IHSS; (7) Cuestiones posteriores a la elegibilidad; y (8) Apelaciones y audiencias. Justice in Aging procura que la información contenida en esta Guía sea lo más precisa posible a la fecha de su publicación. Para obtener más información sobre el Programa IHSS y para inscribirse en las alertas, seminarios en línea de Justice in Aging y otras capacitaciones, visite nuestro sitio web: www.justiceinaging.org.

Justice in Aging

Justice in Aging es una organización nacional que utiliza el poder de la ley para combatir la pobreza en la tercera edad, asegurando el acceso a servicios de salud asequibles, seguridad económica y a los tribunales para los adultos mayores con recursos limitados. Desde 1972 dirigimos nuestros esfuerzos a las poblaciones que históricamente han carecido de protección legal, como las mujeres, personas de color, personas LGBT y personas con dominio limitado del idioma inglés.

Agradecimientos

Justice in Aging quisiera agradecerle a Disability Rights California por su enorme apoyo, sin el cual este manual no habría sido posible. Queremos destacar en particular los aportes de Elizabeth Zirker, Elissa Gershon, Maria Fernanda Iriarte, Crystal Padilla, Anna Leach-Proffer, Marilyn Holle, Angelica Galang y Ali Nicolette. También queremos agradecerle a Long Foundation, cuyo generoso apoyo hizo posible esta guía.

Índice

Capítulo 1: Descripción general del programa IHSS	5
1. Introducción	5
2. Definiciones importantes	5
3. Los cuatro tipos de programas IHSS	9
4. Organismos importantes	12
5. Autoridad legal relevante	13
Capítulo 2: Elegibilidad y solicitud de IHSS	20
1. Estándares de elegibilidad y necesidad de los servicios	20
2. Recursos alternativos y otros Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS)	24
3. Proceso y plazos de solicitud	25
4. Elegibilidad presunta y elegibilidad para servicios de emergencia	28
5. Visita al hogar y preparación de la evaluación	29
6. Aprobación o denegación	29
Capítulo 3: Programas de Medi-Cal e IHSS	34
1. Descripción general de los programas específicos de Medi-Cal	34
2. Protecciones contra el empobrecimiento del cónyuge	39
3. Efectos de los cambios de Medi-Cal y las suspensiones en IHSS	40
4. Programas de Exención de Medi-Cal	42
Capítulo 4: Descripción general de los Servicios IHSS	49
1. Horas y necesidad	49
2. Límites mensuales	54
3. Necesidad insatisfecha	55
4. Vivienda colectiva y prorrateo	55
5. En detalle: Supervisión preventiva	57
Capítulo 5: Tipos de servicios	67

Capítulo 6: Proveedores de IHSS	80	
1. Criterios de elegibilidad para ser proveedor de IHSS	80	
2. Selección, contratación y cancelación	81	
3. Cuestiones relacionadas con los pagos, incluido el costo compartido	82	
4. Planillas de control de horas y planillas de trabajo	86	
5. Horas extra, exenciones, tiempo de espera, tiempo de viaje e incumplimientos	88	88
Capítulo 7: Cuestiones posteriores a la elegibilidad	100	
1. Reevaluaciones anuales	100	
2. Reevaluaciones por cambio de circunstancias	100	
3. Transferencias entre condados	101	
4. Pagos en exceso	102	
5. Asignación de la institución y su efecto en IHSS	103	
6. Cuestiones relacionadas con el trabajador social del condado	103	
7. Responsabilidad de terceros	104	
8. Recuperación del patrimonio	104	
Capítulo 8: Apelaciones y audiencias	108	
1. Nociones básicas acerca de las apelaciones	108	
2. Notificación adecuada	109	
3. Plazos de las apelaciones	110	
4. Solicitud de audiencia	111	
5. Representantes autorizados	112	
6. Antes de la audiencia	113	
7. Preparación para la audiencia	114	
8. En la audiencia	116	
9. Fallos, nuevas audiencias y mandamiento judiciales administrativos	117	
Apéndice A	124	
Apéndice B	128	

Capítulo 1: Descripción general del programa IHSS

1. INTRODUCCIÓN

El Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar es un programa de Medi-Cal en California que financia la atención a pacientes con discapacidades en el hogar, incluidos niños, adultos y adultos mayores.¹ El propósito del programa IHSS es brindarles servicios de apoyo a los beneficiarios de Medi-Cal “que no pueden llevar a cabo los servicios por sí mismos y no pueden permanecer a salvo en sus hogares... a menos que se les provean estos servicios”.² Entre éstos se incluyen servicios domésticos y relacionados, servicios de cuidado personal, servicios paramédicos y supervisión preventiva.³ Con sus orígenes en el movimiento de los derechos para las personas con discapacidades de la década de los setenta, IHSS es el programa de servicios de cuidado personal autodirigido para consumidores más grande y antiguo.

IHSS también es el programa más grande de Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) de California y puede integrarse con otros servicios de HCBS.⁴ En el año fiscal 2017-18, el programa IHSS le brindó servicios a más de 564.000 beneficiarios.⁵ Los beneficiarios de IHSS son un grupo diverso: más del 60 % son mujeres, más del 50 % hablan una lengua materna distinta del inglés, el 41 % son adultos mayores de entre 65 y 84, el 15 % tienen 85 años o más, el 37 % son adultos con discapacidades y el 7 % son niños menores de 18 años.⁶ Esta diversidad de beneficiarios refleja la diversidad de California y habla de la importancia del programa IHSS para los residentes de California de todos los orígenes.

El Manual para defensores de IHSS brinda información detallada acerca del programa IHSS para defensores y consumidores. Consta de ocho capítulos: (1) Descripción general del Programa IHSS; (2) Elegibilidad y solicitud de IHSS; (3) Programas de Medi-Cal e IHSS; (4) Descripción general del servicio IHSS; (5) Tipos de servicios; (6) Proveedores de IHSS; (7) Cuestiones posteriores a la elegibilidad; y (8) Apelaciones y audiencias.

2. DEFINICIONES IMPORTANTES

Como muchos programas de servicios sociales, IHSS tiene su propio vocabulario. Estos términos tienen un significado especial dentro del programa IHSS. Los siguientes términos se utilizan a lo largo de la “Guía para defensores de IHSS” y se definen aquí. Puede encontrar definiciones adicionales relacionadas con el programa IHSS en el artículo 12300 del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code) y ss. y en el artículo 30-700 y ss. del Manual de

Políticas y Procedimientos del Departamento de Servicios Sociales de California
(California Department of Social Services).⁷

- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADL)** se refiere a las tareas básicas de la vida cotidiana e incluye cualquiera de las siguientes tareas: vestirse, alimentarse, ir al baño, bañarse, asearse, y la movilidad y tareas asociadas.⁸
- **PAGO POR ADELANTADO** se refiere al pago que se utiliza para contratar los servicios de IHSS autorizados, que se le envía directamente al beneficiario de los servicios.⁹ Para ser elegible para el pago por adelantado, el beneficiario debe ser una persona con “discapacidad grave”, lo que significa que necesita apoyo en el hogar al menos 20 horas semanales para recibir asistencia en las actividades de la vida diaria o servicios paramédicos. Además, los beneficiarios del pago por adelantado deben ser capaces de manejar sus propios asuntos legales y financieros.¹⁰ Para aquellos que no reciban el pago por adelantado, el pago se le enviará directamente al proveedor de servicios de la persona.
- **EVALUACIÓN** se refiere a un instrumento legal que contiene información relevante para la situación del caso y una evaluación de las necesidades de servicios del caso.¹¹
- **REPRESENTANTE AUTORIZADO** se refiere a la persona autorizada por escrito por el beneficiario de los servicios para que actúe en su nombre.¹² Un representante autorizado puede ser un familiar, un amigo o un abogado.¹³
- **CONSUMIDOR** se refiere a una persona que es un usuario actual o pasado de los servicios de cuidado personal proporcionados por el programa IHSS.¹⁴
- **ELIGIBLE** significa que tiene derecho a recibir servicios IHSS.¹⁵
- **PARTICIPACIÓN FINANCIERA FEDERAL (FFP)** es una fórmula que se utiliza para determinar la cantidad de dinero que el gobierno federal contribuye a los servicios de Medicaid en cada estado. Actualmente, California recibe un 50 % de fondos federales para el Programa de Servicios de Cuidado Personal (Personal Care Services Program) y el IHSS Plus Option Program (Programa de IHSS Plus Opciones). El fondo federal para la Primera Opción Comunitaria (Community First Choice Option, CFCO) es del 50 % más un 6 % adicional para una tasa más alta del 56 %. El Programa Residual de IHSS (IHSS-Residual Program) no recibe dinero del gobierno

federal.

- **PARTICIPACIÓN FINANCIERA FEDERAL (FFP) DE ALCANCE COMPLETO** significa que una persona es elegible para obtener servicios completos de Medi-Cal parcialmente financiados por el gobierno federal. Para ser elegible para la cobertura de alcance completo de Medi-Cal, las personas deben cumplir con ciertos criterios de ingresos y recursos. Este grupo incluye principalmente a las siguientes personas: mayores de 65, no videntes, con discapacidad, menores de 21 años, embarazadas, en una institución de cuidados intermedios o una enfermería especializada, padres o familiares cuidadores de un menor de 21 años y adultos de bajos ingresos.¹⁶ Los servicios para quienes no son elegibles para FFP de alcance completo están financiados en su totalidad por el estado y el condado.
- **SERVICIOS Y APOYOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (HCBS)** son servicios y apoyos a largo plazo proporcionados en el entorno del hogar o de la comunidad.¹⁷ Otros programas de HCBS incluyen el Programa Multifunción de Servicios para el Adulto Mayor (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) , los Servicios para Adultos en la Comunidad (Community Based Adult Services, CBAS) , la Exención de Alternativas en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Alternative Waiver, HCBA) (anteriormente conocida como Centro de Enfermería/Hospital de Agudos (Nursing Facility/Acute Hospital)), la Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad para las Personas con Discapacidades del Desarrollo (Home and Community-Based Services Waiver for the Developmentally Disabled, HCBS-DD) y la Exención de Vida Asistida (Assisted Living Waiver, ALW) .¹⁸
- **CONSIDERACIÓN INSTITUCIONAL** significa que se evalúa la elegibilidad de una persona para Medi-Cal como si estuviera viviendo en un establecimiento de cuidados a largo plazo. Los ingresos, bienes personales y activos del cónyuge o de los padres de una persona se tratan de manera diferenciada cuando se considera la elegibilidad de Medi-Cal.¹⁹ Sin la aplicación de la consideración institucional, el cónyuge o padre/madre de la persona que requiere el servicio en un nivel de cuidado institucional tendría demasiados ingresos o recursos y no sería elegible para acceder a Medi-Cal. La consideración institucional entre cónyuges está relacionada con la disposición sobre el empobrecimiento del cónyuge y se analiza con mayor detalle en el capítulo 3.²⁰

- **ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (IADL)** están relacionadas con el modo de vida independiente e incluyen cualquiera de las actividades siguientes: tareas domésticas, comidas, lavandería, toma de medicamentos, administración de dinero, transporte adecuado, correspondencia, llamados telefónicos y tareas relacionadas.²¹ Los programas IHSS cubren algunas actividades instrumentales de la vida diaria.
- **PROVEEDOR FAMILIAR LEGALMENTE RESPONSABLE** es un familiar que es responsable de contribuir con el costo de los servicios de salud recibidos por el beneficiario de Medi-Cal.²² La responsabilidad de contribuir con el costo de la atención médica para un solicitante o beneficiario de Medi-Cal se limita a los cónyuges y a los padres de menores de 18 años.²³
- **PROVEEDOR CON CAMA ADENTRO** se refiere a un proveedor que no es familiar del beneficiario y que vive en el hogar del beneficiario con el fin expreso de proveerle los servicios financiados por IHSS.²⁴
- **MEDI-CAL** es el programa de Medicaid de California que brinda seguros médicos para los californianos de bajos ingresos. Es un programa federal y estatal conjunto. Medi-Cal puede financiar una amplia variedad de servicios de salud, incluido IHSS y muchos otros servicios en el hogar y la comunidad.
- **NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN** es un instrumento escrito que les brinda a los solicitantes y a los beneficiarios una explicación de su elegibilidad y de sus servicios. También se utiliza para notificar a un beneficiario acerca de la denegación, el cambio o la suspensión de los servicios.²⁵ Normalmente nos referimos a la notificación de resolución como “NOA”. El organismo proveedor de servicios sociales del condado emitirá una NOA cuando ocurra un cambio en Medi-Cal o IHSS.
- **HOGAR PROPIO** se refiere al lugar donde la persona decide residir. El hogar propio de una persona no incluye establecimientos tales como hospitales de agudos, centros de enfermería especializada, establecimientos de cuidados intermedios o establecimientos de alojamiento y atención.²⁶ No se considera que una persona vive en su propio hogar si recibe un Ingreso del Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) mejorado o un Pago Complementario del Estado (State Supplemental Payment, SSP) porque vive en un alojamiento no médico fuera del hogar, como una casa de pensión y cuidado o instalaciones de atención residencial.²⁷

- **PLAZO DE PAGO** se refiere al período de tiempo en el que se abonan los salarios. Hay dos plazos de pago para IHSS al mes, desde el uno al quince del mes y desde el dieciséis al último día del mes.²⁸
- **ASISTENTE PERSONAL** se refiere a un proveedor que es empleado del beneficiario y dedica al menos el 80 % de su tiempo realizando los siguientes servicios para el beneficiario: preparación de comidas, limpieza de la cocina; planificación del menú; consumo de alimentos; baños en cama de rutina; baño, higiene bucal y aseo; vestimenta; y supervisión preventiva.²⁹
- **SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL** incluye lo siguiente: asistencia para ambulación; baño, higiene bucal y aseo; vestimenta; cuidado y asistencia de dispositivos prostéticos; cuidado de los intestinos, la vejiga y la menstruación; cambio de posición, cuidado de la piel y ejercicios de amplitud de movimiento; traslados; alimentación y garantía de ingesta de líquidos adecuada; respiración; asistencia con la autoadministración de medicamentos.³⁰
- **SUPERVISIÓN PREVENTIVA** es un tipo especializado de servicio IHSS que consiste en observar la conducta del beneficiario e intervenir, de ser adecuado, para proteger al beneficiario de cualquier lesión, peligro o accidente.³¹
- **AUTORIDAD PÚBLICA** es un organismo público creado para asistir a los beneficiarios y proveedores de IHSS. Hay 56 autoridades públicas en todo el estado que brindan sus servicios a los 58 condados. El alcance de los servicios varía según la autoridad pública, pero todas ofrecen un registro de proveedores y actúan como empleadores de los proveedores de IHSS.³²
- **REEVALUACIÓN** hace referencia a un instrumento escrito que revisa todas las evaluaciones previas y examina la condición actual del beneficiario.³³
- **BENEFICIARIO** es el niño o el adulto que recibe IHSS, lo que incluye a los solicitantes de dichos servicios cuando esté claramente implícito en el contexto de las regulaciones.³⁴
- **CENTROS REGIONALES** ofrecen y coordinan servicios y apoyos para personas con discapacidades del desarrollo. El Departamento de Servicios de Desarrollo de California (California Department of Developmental Services) tiene contratos con 21 centros regionales en todo el estado.³⁵

- **PROVEEDOR FAMILIAR** se refiere a madre, padre, abuelo/a, hijo/a, hermano/a, padrastro, madrastra, hermanastro/a, tío/a, primo/a en primer grado, sobrino/a, medio hermano/a, toda persona de una generación precedente o sucesiva como abuelos, los bisabuelos y los tatarabuelos o un miembro de la familia política que le proporcione cuidados al beneficiario.³⁶
- **ASIGNACIÓN DE ALIMENTOS EN UN RESTAURANTE** es un servicio alternativo para los beneficiarios que poseen cocinas adecuadas en su hogar, pero no pueden prepararse la comida debido a sus discapacidades.³⁷
- **DISCAPACIDAD GRAVE** se refiere a una necesidad total evaluada de 20 horas o más por semana para un beneficiario en uno o más de los siguientes tipos de servicios: todo servicio de cuidado personal, preparación de comidas, limpieza de la cocina y servicios paramédicos.
- **COSTO COMPARTIDO** hace referencia al monto que una persona o familia debe pagar sobre el costo de sus servicios de salud para ser elegible para Medi-Cal en el mismo mes.³⁸
- **PLAN DEL ESTADO** se refiere a un instrumento escrito completo creado por el Estado de California que describe la naturaleza y el alcance del programa Medi-Cal.³⁹
- **SERVICIOS DE APOYO** incluyen los servicios domésticos y relacionados, limpieza profunda, servicios de cuidado personal, acompañamiento de un proveedor a los turnos relacionados con la salud, reducción de los peligros en el jardín, supervisión preventiva, enseñanza y demostración y servicios paramédicos.⁴⁰
- **EXENCIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL (WPCS)** son servicios de apoyo relacionados con la salud autorizados por el Department of Health Care Services (Departamento de Servicios de Salud) para los participantes de programas específicos de exención de Medicaid.⁴¹ La WPCS se utiliza a menudo para proporcionar atención adicional a los participantes en el hogar además de una cantidad significativa de horas de IHSS, aunque WPCS es un programa aparte.

3. LOS CUATRO TIPOS DE PROGRAMAS IHSS

El programa de Servicios de Apoyo en el Hogar que abarca todo el estado

consiste en cuatro programas distintos. Los cuatro programas tienen algunas diferencias en cuanto a los criterios de elegibilidad y a las fuentes de financiamiento. Estos programas son:

1. Primera Opción Comunitaria (CFCO);
2. Programa de Servicios de Cuidado Personal (PCSP);
3. Programa de IHSS Plus Opciones (IPO); y
4. Programa Residual de IHSS.

La Primera Opción Comunitaria (CFCO), el Programa de Servicios de Cuidado Personal (PCSP) y el programa de IHSS Plus Opciones (IPO) son programas de Medicaid financiados con fondos federales. El Programa Residual de IHSS no es un programa financiado por Medicaid y solo recibe fondos del estado y del condado. Es común que el solicitante o beneficiario no sepa en qué programa de IHSS está inscrito, aunque debería aparecer en su notificación de resolución. A menos que se indique lo contrario, las normas del IHSS aquí descritas son comunes a los cuatro programas. Las diferencias en cuanto a elegibilidad, máximo de horas y servicios disponibles se analizan en profundidad en el capítulo 2. Esta sección brinda una descripción general de cada programa.

Primera Opción Comunitaria (CFCO)

El programa de CFCO fue creado como una nueva opción del Plan del Estado por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA).⁴² Le permite al Estado recibir más fondos federales para financiar los servicios IHSS.⁴³

El Estado comenzó a inscribir consumidores en el programa de CFCO el 1 de diciembre de 2011.⁴⁴ El 1 de julio de 2013, los requisitos de elegibilidad se tornaron más rigurosos.⁴⁵ Los consumidores que ya no cumplen con los requisitos reciben los servicios del Programa de Servicios de Cuidado Personal o IHSS Plus Opciones. Estos tres programas concentran el 99 % de las inscripciones en IHSS.⁴⁶

Para ser elegible para el programa de CFCO a partir del 1 de julio de 2013, el solicitante debe cumplir con los siguientes requisitos: (1) ser elegible para una cobertura de alcance completo con una participación financiera federal de Medi-Cal y (2) cumplir con el nivel de cuidados del centro de enfermería estipulado por CFCO.⁴⁷

Los consumidores inscritos en el programa de CFCO son elegibles para cuatro servicios:

1. Asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL), con las actividades

- instrumentales de la vida diaria (IADL) y con tareas relacionadas con la salud;
2. adquisición, mantenimiento y mejora de las habilidades necesarias para realizar las ADL, IADL y las tareas relacionadas con la salud;
 3. sistemas de respaldo para asegurar la continuidad de los servicios y apoyos;
y
 4. capacitación voluntaria para el beneficiario.⁴⁸

Los consumidores inscritos en el programa CFCO son elegibles para la asignación de alimentos en un restaurante y pago por adelantado. Además, sus servicios pueden ser proporcionados por su cónyuge o por su padre/madre.⁴⁹ Con vigencia desde el 1 de septiembre de 2014, los consumidores que no presentan una discapacidad grave son elegibles para recibir un máximo de 195 horas por mes de supervisión preventiva, además de las horas para otros servicios; y los consumidores que presenten una discapacidad grave son elegibles para recibir un máximo de 283 horas por mes, incluidas la supervisión preventiva y las horas para otros servicios.⁵⁰

Programa de Servicios de Cuidado Personal (PCSP)

El PCSP se creó en abril de 1993 para los beneficiarios de Medi-Cal con una necesidad categórica.⁵¹ Forma parte del plan estatal de Medicaid.⁵² Los consumidores que no son elegibles para el programa de CFCO, comúnmente porque no cumplen con el nivel de cuidado del centro de enfermería requerido, se inscriben en el PCSP. Para ser elegible para PCSP, el solicitante debe ser elegible para la cobertura de alcance completo y la participación financiera federal de Medi-Cal.⁵³

El PCSP se originó como una manera de obtener fondos de Medi-Cal para financiar el IHSS. En 1999, el programa se expandió para incluir a los menores de 18 años que eran elegibles para Medi-Cal por medio de consideración institucional.⁵⁴ Con vigencia desde el 1 de mayo de 2004, se ampliaron los servicios de PCSP para incluir servicios complementarios como los servicios domésticos y relacionados y la supervisión preventiva, siempre y cuando ninguno sea proporcionado por un padre/madre o cónyuge.⁵⁵

El PCSP tiene algunas restricciones con respecto a la oferta de servicios y a la admisión de proveedores. En particular, los beneficiarios de PCSP no pueden ser autorizados a la asignación de alimentos en un restaurante o para el pago por adelantado,⁵⁶ y su proveedor no puede ser su cónyuge o padre/madre.⁵⁷ Los consumidores inscritos en el PCSP son elegibles para recibir un máximo de 283

horas por mes, independientemente de si se considera que presentan una discapacidad grave o no.⁵⁸ Los consumidores que requieren cualquiera de estos servicios, o que desean contratar a su cónyuge o madre/padre y no cumplen con el criterio de nivel de cuidado estipulado por CFCO, se inscriben en IHSS Plus Opciones.

Programa de IHSS Plus Opciones (IPO)

El programa IPO forma parte del plan estatal de Medicaid.⁵⁹ Las inscripciones para el programa IPO comenzaron en el año 2009.⁶⁰ Los consumidores que son elegibles para la cobertura de alcance completo y participación financiera federal de Medi-Cal no requieren un nivel de cuidado del centro de enfermería; no obstante, quienes requieran la asignación de alimentos en un restaurante, pagos por adelantado, o un proveedor que sea su cónyuge o madre/padre, se inscriben en el programa IPO.⁶¹ Estos consumidores son elegibles para todos los servicios de IHSS autorizados en el programa PCSP, excepto para enseñanza y demostración.⁶² Los consumidores que no presenten una discapacidad grave son elegibles para recibir un máximo de 195 horas por mes y los consumidores que presenten una discapacidad grave son elegibles para recibir un máximo de 283 horas por mes.⁶³

Programa Residual de IHSS (IHSS-R)

Los consumidores que no reúnen las condiciones para la cobertura de alcance completo con participación financiera federal de Medi-Cal se inscriben en IHSS-R.⁶⁴ Antes de evaluar la elegibilidad de los solicitantes para IHSS-R, los condados deben evaluar su elegibilidad para Medi-Cal.⁶⁵ El Estado y los condados cuentan con un importante incentivo financiero para asegurarse de que todos los solicitantes de IHSS elegibles para Medi-Cal se inscriban en CFCO, PCSP o IPO, debido a que el gobierno federal financiará al menos el 50 % de los servicios de salud proporcionados, mientras que el programa IHSS-R se financia únicamente por medio de fondos del estado y del condado.⁶⁶

Ciertos solicitantes cuya determinación final de elegibilidad por discapacidad esté pendiente pueden ser presuntamente elegibles⁶⁷ para IHSS e inscribirse en el programa IHSS-R.⁶⁸ Un solicitante se considerará presuntamente elegible si cumple con cualquiera de las siguientes condiciones: (1) presenta una discapacidad, está desempleado y no tiene expectativas de empleo dentro de los próximos 45 días; y el condado estima que el solicitante padece una discapacidad física o mental que durará más de un año o de por vida, o (2) si el solicitante padece ceguera conforme a la definición del artículo 30-771.2 del Manual de Políticas y Procedimientos.⁶⁹

Además, en algunos condados las personas son derivadas temporalmente a IHSS-R tras la suspensión o el cese de Medi-Cal. Este uso transitorio del programa IHSS-R les permite a las personas recibir un mes de servicios IHSS mientras se abordan las cuestiones relacionadas con la elegibilidad de Medi-Cal. También le permite al condado recuperar del estado todo fondo utilizado para financiar los servicios IHSS para estos beneficiarios.

Conforme a IHSS-R, los beneficiarios que no presenten una discapacidad grave pueden recibir hasta un total de 195 horas, incluida toda supervisión preventiva necesaria.⁷⁰ La totalidad de las 195 horas pueden ser destinadas a supervisión preventiva siempre y cuando IHSS no financie otros servicios requeridos.⁷¹ Los beneficiarios que presenten una discapacidad grave podrán recibir hasta un total de 283 horas, incluida toda supervisión preventiva necesaria.⁷²

A medida que aumentaron las inscripciones en Medi-Cal, las inscripciones en IHSS-R han disminuido de manera abrupta. En la actualidad, solo el 1 % de los consumidores aproximadamente está inscrito en un programa de IHSS-R.⁷³

4. ORGANISMOS IMPORTANTES

El Departamento de Servicios de Salud de California (California Department of Health Care Services, DHCS) dirige el programa de Medi-Cal.⁷⁴ El DHCS es el único organismo estatal responsable de la gestión del programa de Medicaid en California.⁷⁵ Si bien el DHCS es la autoridad máxima sobre todos los programas de Medicaid, delega la gestión del programa IHSS al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS).

El CDSS es el organismo responsable de la gestión del programa IHSS a nivel estatal.

Los departamentos de bienestar del condado en cada uno de los 58 condados de California gestionan la administración diaria del programa, lo que incluye determinar la elegibilidad para Medi-Cal.⁷⁶ Las unidades separadas de los departamentos de bienestar del condado son responsables de la elegibilidad para Medi-Cal e IHSS. Con respecto al programa IHSS, los Departamentos de Bienestar:

- determinan la elegibilidad para el programa IHSS;
- evalúan la necesidad del solicitante;
- determinan qué servicios IHSS recibirá cada solicitante;
- determinan la cantidad de horas para cada servicio;
- realizan tareas de garantía de calidad;

- reevalúan la elegibilidad del consumidor; y
- deniegan o rescinden solicitantes o beneficiarios que no sean elegibles para recibir los servicios.⁷⁷

La autoridad pública es una entidad separada creada por un condado para gestionar la inscripción de los proveedores de IHSS, brindar capacitaciones, llevar un registro de los proveedores disponibles y actuar como el empleador de registro para el contrato colectivo de trabajo.⁷⁸

El Departamento de Servicios del Desarrollo de California es el organismo por medio del cual el Estado de California les proporciona servicios y apoyos a las personas con discapacidades del desarrollo. El Departamento de Servicios del Desarrollo tiene contratos con 21 centros regionales⁷⁹ que son un recurso local con el propósito de ayudar a las personas con discapacidades del desarrollo a encontrar y acceder a los servicios y apoyos disponibles. Aunque ni el Departamento de Servicios del Desarrollo ni los centros regionales están directamente involucrados en la administración del programa IHSS, los centros regionales deben garantizar que las personas con discapacidades del desarrollo reciban los servicios adecuados en el hogar y la comunidad, que pueden incluir IHSS.⁸⁰

El Departamento para la Vejez (California Department of Aging, CDA) “administra los programas dirigidos a los adultos mayores, adultos con discapacidades, cuidadores de la familia y residentes de instalaciones de cuidados a largo plazo en todo el estado”.⁸¹ El CDA administra algunos programas de servicios en el hogar y la comunidad, incluidos los Servicios para el Adulto en la Comunidad (CBAS), (anteriormente conocidos como Atención Médica Diurna para Adultos) y el Programa Multifunción de Servicios para el Adulto Mayor (MSSP).⁸²

5. AUTORIDAD LEGAL RELEVANTE

El IHSS es un programa específico de California, pero las leyes y normas que lo rigen son una combinación de estatutos y regulaciones federales y estatales y una extensa guía del estado de carácter no obligatorio. A continuación detallaremos las fuentes del derecho en las que se basa el programa IHSS. Las autoridades legales específicas se citan a lo largo del presente manual.

LEYES FEDERALES: U.S.C. (USC, título 42, artículo 1396) y ss. (Ley de Medicaid [Medicaid Act]).⁸³

REGLAMENTOS FEDERALES: Code of Federal Regulations (Código de Reglamentos Federales), título 42, artículo 430 y ss. (Medicaid Regulations

[Reglamentos de Medicaid]).⁸⁴

LEY DE CALIFORNIA: Código de Bienestar e Instituciones, artículo 12300 y ss. (Servicios de apoyo en el hogar); artículo 14132.95 (Servicios de Cuidado Personal); artículo 14132.951 (Exención de IHSS Plus); artículo 14132.952 (IHSS Plus Opciones); artículo 14132.955 (Servicios de Cuidado personal, restricciones para las autorizaciones); artículo 14132.96 (Servicios de Cuidado Personal, tarifas de los prestadores); artículo 14132.97 (Exención de Servicios de Cuidado Personal).⁸⁵

REGLAMENTOS DE CALIFORNIA: Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations), título 22, artículos 51181, 51183, 51350 (Acerca de los Servicios de Cuidado Personal).⁸⁶ Manual de Políticas y Procedimientos, artículos comprendidos entre 30-700 y 30-785 (Programas IHSS); artículos comprendidos entre 30-000 y 30-600 (Manual de Estándares de Servicios Sociales);⁸⁷

Artículo 22-000 y ss. (Audiencias del Estado).⁸⁸

GUÍA DE CALIFORNIA NO OBLIGATORIA: Todas las cartas y todas las notificaciones de información del condado conforman guías emitidas por el Departamento de Servicios Sociales para los condados. Estas cartas y notificaciones clarifican los programas, las políticas y su implementación. Se encuentran ordenadas por año de publicación en el sitio web del Departamento de Servicios Sociales.⁸⁹

Capítulo 1: notas finales

- 1 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300 y ss.
- 2 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(a).
- 3 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(b).
- 4 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(g).
- 5 Descripción general de IHSS, Junta Directiva de la tercera comisión de presupuesto, (2 de marzo de 2017), disponible en http://www.cicaihss.org/sites/default/files/ihss_overview_for_senate_budget_sub_3_hearing_3-2-2017_v2.pdf.
- 6 Notificación de Información para todos los Condados (ACIN) n.º I-22-19 (4 de abril de 2019), disponible en http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACIN/2019/I-22_19.pdf?ver=2019-04-08-132918-777.
- 7 Departamento de Servicios Sociales de California, Manual de Políticas y Procedimientos (MPP), § 30-700 y ss., disponible en <http://www.cdss.ca.gov/ord/entres/getinfo/pdf/ssman2.pdf> (§§ del 30-700 al 30-764) y <http://www.cdss.ca.gov/ord/entres/getinfo/pdf/ssman3.pdf> (§§ del 30-765 al 30-785).
- 8 Cal. Health & Safety Code § 1569.2(l).
- 9 Cal. Welf. & Inst. Code § 12304(a); MPP § 30-701(d)(3).
- 10 Cal. Welf. & Inst. Code § 12304(a) and (d).
- 11 MPP, § 30-002(a)(1). Manual de Políticas y Procedimientos § 30-000 y ss., disponible en <http://www.cdss.ca.gov/ord/entres/getinfo/pdf/ssman1.pdf>.
- 12 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300.3.
- 13 MPP, § 30-002(r)(3). Es importante observar que un representante autorizado es distinto de un agente designado por medio de directivas anticipadas sobre la atención médica, un apoderado designado por medio de un poder notarial, un tutor o un curador.
- 14 MPP § 30-701(c)(3).
- 15 MPP § 30-002(e)(1).
- 16 Departamento de Servicios de Salud, ¿Usted califica para los beneficios de Medi-Cal? Disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/DoYouQualifyForMedi-Cal.aspx>.

17 42 U.S.C. § 1396n(d)(5)(C); 42 C.F.R. §440.182(c).

18 Para ver la lista completa de exenciones de HCBS, visite:

https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Medi-CalWaivers.aspx?utm_source=Resources&utm_medium=SideBar&utm_campaign=Waivers.

19 MPP, § 30-701(d)(1) (definición de consideración institucional); Carta a todos los condados n.º 00-83 (7 de diciembre de 2000), pág. 2, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl00/pdf/00-83.PDF> (explica de qué manera la consideración institucional se relaciona con la consideración en los términos del MPP).

20 Carta a los directores de bienestar de todos los condados (All County Welfare Directors Letter, ACWDL) n.º 17-25 (19 de julio de 2017), disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Documents/ACWDL/2017/17-25.pdf>.

21 Cal. Health & Safety Code § 1569.2(i).

22 Cal. Code Regs. tit. 22, § 50088.

23 Cal. Code Regs. tit. 22, § 50351.

24 MPP § 30-701(l)(3).

25 MPP §§ 10-116.1; 30-759.7, 30-763.8; CRR, 22 C.C.R. § 50179. Departamento de Servicios Sociales de California, Manual de Políticas y Procedimientos artículo 10-000 y ss., disponible en <http://www.cdss.ca.gov/ord/entres/getinfo/pdf/opsman1.PDF>. Consulte además Código de Bienestar e Instituciones de California § 12300.2.

26 MPP § 30-701(o)(2).

27 Íd.

28 MPP § 30-701(p)(2).

29 MPP § 30-701(p)(4).

30 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(c); MPP § 30-757.14.

31 MPP § 30-757.17.

32 Código de Bienestar e Instituciones de California § 12301.6; MPP § 30-701(p)(8). Consulte también <https://capaihss.org/> para obtener más información acerca de

las autoridades públicas y para encontrar los enlaces a las autoridades públicas de cada condado.

33 MPP § 30-002(r)(1).

34 MPP § 30-002(r)(2).

35 La ubicación y la información de contacto de los 21 centros regionales se encuentran disponibles en: <http://www.dds.ca.gov/RC/RCList.cfm>.

36 Cal. Code Regs. tit. 22, § 50084

37 MPP § 30-757.133.

38 Cal. Code Regs. tit. 22, § 50090.

39 Departamento de Servicios de Salud, Plan Estatal de Medicaid de California (Título 19), disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/pages/californiastateplan.aspx>.

40 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(b).

41 Consulte el Departamento de Servicios de Salud, Exención de Servicios de Cuidado Personal: Preguntas frecuentes, disponibles en [http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/WPC Frequently Asked Questions .pdf](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/WPC_Frequently_Asked_Questions.pdf).

42 Ley de Protección del paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act) de 2010 (Ley Pública 111-148); 42 U.S.C. § 18001 y ss.

43 Carta a todos los condados (All County Letter, ACL) 14-60 (29 de agosto de 2014), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf>. El Estado recibe un 6 % adicional por cada beneficiario inscrito en CFCO.

44 Íd.

45 Íd.

46 Descripción general de IHSS, tercera comisión de presupuesto de la Junta Directiva, (28 de abril de 2016), página 5, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/pdf/legislature/IHSSOverview4-28-16.pdf>.

- 47 ACL 14-60 (29 de agosto de 2014), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf>.
- 48 Íd.
- 49 Íd.
- 50 Cal. Welf. & Inst. Code § 12303.4; ACL 14-60 (29 de agosto de 2014), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf>.
- 51 ACL 93-21 (16 de marzo de 1993), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl93/93-21.PDF>; ACL 94-47 (10 de junio de 1994), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl94/94-47.PDF>. Consulte además Cal. Welf. & Inst. Code § 51350.
- 52 42 U.S.C. § 1396n(i).
- 53 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.95; también consulte ACIN I-180-08 (12 de marzo de 2008), disponible en http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acin08/I-18_08.pdf. “En general, los ciudadanos de los Estados Unidos, los nacionales y las personas que residen legalmente en los Estados Unidos son elegibles para la cobertura de alcance completo de Medi-Cal. Las personas que no tienen estatus legal (o que no proporcionan una verificación del estatus) son elegibles para Medi-Cal restringido, que cubre los servicios de emergencia, así como otros servicios...” Western Center on Law and Poverty: Cómo obtener y mantener una cobertura médica para los californianos de bajos ingresos: una guía para defensores”, capítulo 1 (marzo de 2016). Disponible en: https://wclp.org/wp-content/uploads/2016/04/WesternCenter_2016_HCGuide_Chapter1.pdf. Para obtener más información acerca de la elegibilidad migratoria para los programas de beneficios, consulte la publicación del Centro Nacional de Leyes Migratorias, disponible en <https://www.nilc.org/wp-content/uploads/2015/11/cal-benefits-table.pdf>. Además, los requisitos migratorios de elegibilidad para IHSS se analizan en el capítulo 2 de este manual.
- 54 Carta a los directores de bienestar de todos los condados (ACWDL) n.º 00-59 (15 de noviembre de 2000), disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Documents/00-59.pdf>.
- 55 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.95(d)(2) (autorización de servicios complementarios); ACWDL 05-21 (13 de junio de 2005), disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Documents/c05-21.pdf>.

- 56 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.95; Cal. Code Regs. tit. 22, § 51183.
- 57 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.95(f); Cal. Code Regs. tit. 22, § 51181.
- 58 ACL 93-21 (16 de marzo de 1993), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl93/93-21.PDF>.
- 59 42 U.S.C. §1396n(j).
- 60 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.952; ACL 11-19 (23 de febrero de 2011), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2011/11-19.pdf>.
- 61 Íd.
- 62 Consulte la ACL 14-60 (29 de agosto de 2014), acerca de la implementación del programa CFCO, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf>.
- 63 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.952; ACL 11-19 (23 de febrero de 2011), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2011/11-19.pdf>.
- 64 Cal. Welf. & Inst. Code § 12305.6; ACIN I-28-06 (11 de abril de 2006), disponible en http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acin06/pdf/I-28_06.pdf.

- 65 ACL 12-36 (24 de julio de 2012), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2012/12-36.pdf>.
- 66 ACL 14-60 (29 de agosto de 2014), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf>.
- 67 Es importante mencionar que este párrafo se refiere solamente a la elegibilidad presunta para IHSS, que es distinta de la elegibilidad presunta para Medi-Cal. Los beneficiarios que tengan elegibilidad presunta para Medi-Cal pueden ser elegibles para IHSS por medio de los programas CFCO, PCPS o IPO si tienen la necesidad y cumplen con los demás criterios de elegibilidad para IHSS.
- 68 MPP § 30-759.3; ACL 14-67 (4 de noviembre de 2014), pág. 2, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2014/14-67.pdf>.
- 69 Íd. MPP § 30-771.2 define la ceguera como una persona que tiene “una agudeza visual central de 20/200 o menor en el ojo con el que ve mejor con un lente de corrección” o una persona “es ciego según la definición del plan estatal aprobado bajo Título 10 en vigor en octubre de 1972 y recibió asistencia de dicho plan por ceguera para diciembre de 1973, siempre y cuando siga reuniendo los criterios de la definición”.
- 70 Cal. Welf. & Inst. Code § 12303.4(a); MPP § 30-765.12.
- 71 Departamento de Servicios Sociales de California, reglamentaciones citadas n.º 612-5, disponibles en <http://www.cdss.ca.gov/ParaRegs-Text/Social-Services>.
- 72 Cal. Welf. & Inst. Code § 12303.4(b); MPP § 30-765.11.
- 73 Descripción general de IHSS, tercera comisión de presupuesto de la Junta Directiva, (28 de abril de 2016), página 5, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/pdf/legislature/IHSSOverview4-28-16.pdf>.
- 74 Cal. Code Reg. tit. 22, § 50004.
- 75 42 U.S.C. § 1396a(5); Welfare and Institutions Code § 10740.
- 76 Íd.
- 77 MPP § 30-760.2.
- 78 MPP § 30-701(p)(8).
- 79 “Los centros regionales son asociaciones privadas sin fines de lucro que celebran contratos con el Departamento de Servicios del Desarrollo para prestar o coordinar servicios y apoyos para individuos con discapacidades del desarrollo. Tienen oficinas en toda California para proporcionar un recurso local para ayudar

a las personas y sus familias a encontrar y acceder a los múltiples servicios disponibles”. Departamento de Servicios de Desarrollo, información sobre los centros regionales, disponible en <http://www.dds.ca.gov/RC/index.cfm>.

80 Para obtener más información acerca del Departamento de Servicios de Desarrollo y los centros regionales, visite: <http://www.dds.ca.gov/>.

81 Departamento de Asuntos de la Vejez de California, disponible en <https://www.aging.ca.gov>.

82 Departamento de Asuntos de la Vejez de California, Programas, disponible en <https://www.aging.ca.gov/Programs/>.

83 Para consultar las leyes escritas relevantes, consulte la Oficina de Publicaciones Gubernamentales (Government Publishing Office), disponible en <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2010-title42/html/USCODE-2010-title42-chap7-subchapXIX.htm>.

84 Para consultar las reglamentaciones relevantes, consulte la Oficina de Publicaciones Gubernamentales, disponible en <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2000-title42-vol3/xml/CFR-2000-title42-vol3-part430.xml>.

- 85 Para consultar las leyes escritas del Código de Bienestar e Instituciones de California, remítase a la información legislativa de California, disponible en <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codesTOCSelected.xhtml?tocCode=WIC&tocTitle=+Welfare+and+Institutions+Code+-+WIC>.
- 86 Para consultar las reglamentaciones relevantes en el Código de Reglamentos de California, Título 22, remítase al Código de Reglamentos de California de Westlaw (Westlaw California Code of Regulations), disponible en <https://bit.ly/1b7Bgzc>.
- 87 Para consultar el Manual de Políticas y Procedimientos, capítulo 30 (Estándares del Servicio Social), remítase al Departamento de Servicios Sociales, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/Letters-Regulations/Legislation-and-Regulations/Adult-Services-Regulations>.
- 88 Para consultar el Manual de Políticas y Procedimientos, capítulo 22 (Audiencias del Estado), remítase al Departamento de Servicios Sociales, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/ord/entres/getinfo/pdf/4cfcman.pdf>.
- 89 El enlace a la guía de reglamentos secundarios está disponible en <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/Letters-Regulations/Letters-and-Notices/All-County-Letters>.

Capítulo 2: Elegibilidad y solicitud de IHSS

Este capítulo le brindará un panorama detallado de los requisitos de elegibilidad y el proceso de solicitud para IHSS. Consta de seis secciones: (1) Estándares de elegibilidad y necesidad de los servicios; (2) Recursos alternativos y otros programas de HCBS; (3) Proceso y plazos de solicitud; (4) Elegibilidad presunta y elegibilidad para servicios de emergencia; (5) Visita al hogar y preparación de la evaluación; y (6) Aprobación o denegación de las solicitudes.

1. ESTÁNDARES DE ELEGIBILIDAD Y NECESIDAD DE LOS SERVICIOS

Más allá de la necesidad que un solicitante tenga de acceder a los servicios IHSS, que se analiza más adelante en la sección 1.7, existen cinco requisitos básicos de elegibilidad para IHSS:

1. elegibilidad para Medi-Cal;⁹⁰
2. estado migratorio aprobado;⁹¹
3. residencia en California;⁹²
4. vivir en casa propia;⁹³ Y
5. ser mayor, ciego o una persona con discapacidades.⁹⁴

A continuación se analiza cada requisito.

1.1 Elegibilidad de Medi-Cal

Para ser elegible para IHSS, un solicitante debe también ser elegible y estar inscrito en Medi-Cal.⁹⁵ El capítulo 3 analiza brevemente una variedad de programas de Medi-Cal. No obstante, el análisis profundo de los criterios de elegibilidad para Medi-Cal excede el alcance de este manual. Puede consultar en línea el material exhaustivo disponible acerca de los programas de Medi-Cal y las normas de elegibilidad.⁹⁶

Si una persona desea solicitar IHSS, pero aún no tiene Medi-Cal, la persona puede solicitar ambos programas a través del Departamento de Bienestar del condado en su condado de residencia. Las solicitudes para cada programa se realizan por separado y se procesan en distintas unidades dentro de la organización proveedora de servicios sociales del condado.

Casi todos los beneficiarios de IHSS reciben Medi-Cal que está financiado, en parte, con fondos federales (también denominados

“participación financiera federal” o FFP). Un porcentaje muy pequeño de los beneficiarios de IHSS reciben servicios IHSS a través del programa Residual de IHSS, financiado a nivel estatal y local. Estos beneficiarios pueden incluir a personas que no sean ciudadanos y se encuentren dentro del período de prohibición de cinco años que reciban Medi-Cal del estado únicamente y que estén en transición hacia Medi-Cal con participación financiera federal.⁹⁷

1.2 Requisitos migratorios

El gobierno federal limita el acceso a Medi-Cal con FFP a los ciudadanos de los Estados Unidos o a los inmigrantes “calificados”.⁹⁸ Por lo tanto, los servicios IHSS proporcionados a través de uno de los programas IHSS vinculados con Medi-Cal federal están disponibles únicamente para los ciudadanos de los Estados Unidos y los inmigrantes calificados. Los inmigrantes calificados son:

1. residentes legales permanentes;
2. refugiados, personas a las que se les otorgó asilo, personas a las que se les otorgó el aplazamiento de su deportación y personas con entrada condicionada;
3. personas a las que el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos (U.S. Department of Homeland Security) les ha otorgado libertad condicional por un período de al menos un año;
4. participantes cubanos/haitianos;
5. ciertos inmigrantes que han sufrido maltratos, sus hijos o sus padres;
6. ciertos sobrevivientes de tráfico.⁹⁹

Existen tres categorías de inmigrantes “no calificados” que pueden ser *potencialmente* elegibles para recibir IHSS a través del programa IHSS-R financiado a nivel estatal y local:

1. ciertos inmigrantes que residen en los Estados Unidos de manera permanente bajo apariencia legal (PRUCOL);¹⁰⁰
2. solicitantes de Visa tipo T, cuya certificación para acceder a los beneficios federales se encuentra pendiente;
3. solicitantes y titulares de visa tipo U.¹⁰¹

Las Visas tipo T se emiten para las víctimas del tráfico de personas y su

familia inmediata, mientras que las Visas tipo U se emiten para las víctimas de ciertos delitos que cooperan con los cuerpos de seguridad. Para obtener información adicional acerca de la inmigración y la elegibilidad para beneficios públicos, visite el sitio web del Centro Nacional de Leyes Migratorias (National Immigration Law Center) en el siguiente enlace: www.nilc.org¹⁰²

1.3 Residencia en California

Para recibir los servicios IHSS, el solicitante debe vivir en California y presentar la solicitud en su condado de residencia.¹⁰³ Si el beneficiario se ausenta físicamente del estado durante 30 días o más, el condado debe determinar si la ausencia es temporal o permanente.¹⁰⁴ Si bien no es obligatorio que el beneficiario le informe su ausencia al condado, debe responder a las preguntas del condado sobre la residencia. El beneficiario debe presentar una declaración por escrito que detalle la fecha prevista de retorno al estado o su intención de no volver, la razón de la ausencia del estado, e información sobre su ubicación actual y arreglos de vivienda.¹⁰⁵ El beneficiario debe presentar esta declaración por escrito ante el condado en la fecha detallada o, de lo contrario, el condado dará de baja al beneficiario del programa IHSS.¹⁰⁶

Si un beneficiario de IHSS se ausenta del estado durante más de 60 días, el estado asumirá que el beneficiario tiene la intención de establecer su residencia fuera de California, a menos que el beneficiario presente pruebas que respalden que existe una enfermedad u otro motivo justificado que le impide retornar.¹⁰⁷ En todos los casos de ausencias durante 30 días o más, el condado valorará las pruebas y, si determina que la ausencia es permanente, procederá a discontinuar IHSS.

1.4 Vive en casa propia

El beneficiario de IHSS debe vivir en casa propia para poder cumplir con los requisitos de elegibilidad del programa. “Casa propia” se define como el lugar donde la persona elige residir y puede incluir una casa, un departamento, un motel o un hotel. La casa propia de una persona no incluye ciertos establecimientos tales como hospitales de agudos, centros de enfermería especializada, establecimientos de cuidados intermedios, o establecimientos de vida asistida. Toda persona que esté

recibiendo un pago SSI/SSP para la residencia en un alojamiento no médico fuera del hogar, como un establecimiento de alojamiento y atención, no se considerará que vive en casa propia.¹⁰⁸

Sin embargo, un solicitante que actualmente viva en un entorno institucional puede ser evaluado y reunir los requisitos de elegibilidad para IHSS.¹⁰⁹ La persona institucionalizada debe desear vivir en su casa propia y debe ser capaz de hacerlo de manera segura si se le otorga acceso a IHSS.¹¹⁰ El condado debe realizar una evaluación preliminar antes de que el solicitante abandone el establecimiento.¹¹¹ La gran mayoría de los servicios IHSS pueden comenzar una vez que el beneficiario haya retornado a su vivienda.¹¹² No obstante, el condado puede autorizar horas de limpieza profunda y de reducción de los peligros en el jardín para preparar la vivienda antes del regreso de la persona.¹¹³

CONSEJO ÚTIL: Los defensores que trabajen con personas actualmente institucionalizadas que serían elegibles para IHSS una vez dadas de alta deben trabajar con el condado y el establecimiento para coordinar la evaluación preliminar. Es importante mantener al condado informado respecto del alta tanto como sea posible para que, una vez que la persona potencialmente elegible tenga una fecha razonablemente firme de alta, dicha persona o su representante autorizado pueda comenzar el proceso de solicitud y pedir que la evaluación se realice antes del alta.

En la actualidad, existe una gran incertidumbre entre los condados sobre la definición de “casa propia” con respecto a los arreglos de vivienda no tradicionales, como casas rodantes, autos y albergues para personas sin hogar. Los defensores han argumentado con éxito que muchos espacios no tradicionales pueden considerarse como la “casa propia” de la persona a los fines de acceder a IHSS. Sin embargo, estos argumentos presentan un desafío mayor cuando la persona no tiene una ubicación fija o no tiene acceso a los establecimientos donde se proveen los servicios. Además, existen guías explícitas que determinan que vivir al aire libre sin refugio no se considerará como vivir en una “casa” a los fines de acceder a IHSS.¹¹⁴ Dada la confusión, el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) ha acordado publicar una guía clarificadora de aplicación en todo el estado. Se anticipa que dicha guía se emitirá en el año 2019.

1.5 Ser mayor, ciego o una persona con discapacidades

Para ser elegible para IHSS, un solicitante debe ser mayor, ciego o una persona con discapacidades conforme a la definición de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act).¹¹⁵ Mayor significa de 65 años de edad o más.¹¹⁶

La definición de discapacidad es distinta para adultos y para niños. La discapacidad en adultos se define como “la incapacidad para llevar a cabo todo trabajo sustancial y lucrativo debido a cualquier deficiencia física o mental clínicamente determinable que pueda esperarse que resulte en la muerte o que haya durado o se pueda esperar que dure por un período continuo de tiempo no menor a 12 meses”.¹¹⁷ Esta es la misma definición utilizada por la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) para determinar la elegibilidad para acceder al Seguro de Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI) o al Ingreso del Seguro Suplementario (SSI).

Se determinará la discapacidad de un menor de 18 años si presenta “una deficiencia física o mental clínicamente determinable o una combinación de deficiencias que genere limitaciones funcionales graves y marcadas y que pueda esperarse que le cause la muerte o que haya durado o se pueda esperar que dure por un período continuo de tiempo no menor a 12 meses”.¹¹⁸ Estas dos definiciones son solo el punto inicial de un área complicada de la ley acerca de la determinación de la discapacidad. Sin embargo, a los fines del IHSS, solo es importante saber que si se determina que un solicitante “presenta una discapacidad” para SSI o Medi-Cal, también se considera que presenta una discapacidad para la elegibilidad de IHSS.¹¹⁹

Ciego se define como “una agudeza visual central de 20/200 o menos en el ojo con que ve mejor con el uso de un lente de corrección”.¹²⁰ Se considera que un ojo con una “limitación tal que en el campo visual el diámetro más amplio se delimita a un ángulo no mayor a 20 grados, presenta una agudeza visual central de 20/200 o menor”.¹²¹ Al igual que la determinación de una discapacidad, si se determina que un solicitante es ciego para SSI o Medi-Cal, también se considera ciego para la elegibilidad de IHSS.¹²²

Los adultos entre 19 y 64 años que estén aprobados para Medi-Cal

con MAGI no necesitan una determinación formal de la discapacidad, pero aun así deben tener una discapacidad para ser elegibles para IHSS.¹²³ Medi-Cal con MAGI se analiza en mayor profundidad en el capítulo 3.

Es importante tener en cuenta que ser mayor, ciego o una persona con discapacidades es necesario, pero no suficiente, para recibir servicios IHSS. Tal como se analiza más adelante en la sección 1.7, el solicitante también debe necesitar los servicios para ser elegible para el programa.

1.6 Requisitos adicionales para la elegibilidad para CFCO

A diferencia de los demás programas IHSS, el programa CFCO requiere que el solicitante cumpla con el estándar de nivel de cuidados del centro de enfermería. No hay una solicitud separada para CFCO: se evalúa la elegibilidad para CFCO de todos los solicitantes de IHSS.

Existen tres maneras de cumplir con el estándar de nivel de cuidados del centro de enfermería estipulado por el programa CFCO:¹²⁴

1. Tener una necesidad total evaluada de 195 horas de IHSS o más por mes (sin contar la limpieza profunda y la reducción de los peligros en el jardín).
2. Tener una necesidad evaluada total de menos de 195 horas de IHSS por mes (sin contar la limpieza profunda y la reducción de los peligros en el jardín) Y Necesitar tres (3) o más servicios específicos de la lista con clasificación funcional alta;125 O BIEN
3. Tener una clasificación del índice funcional combinado de 6 o más en el funcionamiento mental (memoria, orientación y juicio, que pueden tener una clasificación de índice funcional de 1, 2 o 5 cada uno).

Debido a una mayor tasa de reembolso proporcionada por el gobierno federal, el estado ha migrado un número significativo de beneficiarios de IHSS al programa CFCO.

Uno de los beneficios de cumplir con los requisitos de elegibilidad para el programa CFCO son las normas más favorables de elegibilidad de Medi-Cal para parejas de casados, denominadas normas de “empobrecimiento del cónyuge”. Estas normas permiten que el cónyuge

que necesita los servicios IHSS sea elegible para Medi-Cal, mientras que su cónyuge retiene ingresos y activos considerablemente mayores que los permitidos conforme a otras normas de elegibilidad de Medi-Cal.¹²⁷ Para obtener más información acerca de la metodología de elegibilidad conforme a las normas de empobrecimiento del cónyuge, consulte el capítulo 3.

1.7 Necesidad

Si el solicitante reúne los requisitos de elegibilidad antes mencionados, el condado determinará el “nivel de capacidad y dependencia sobre la asistencia verbal o física de otra persona” del solicitante para cada uno de los servicios proporcionados por IHSS.¹²⁸ La evaluación analizará las deficiencias físicas, cognitivas y emocionales del solicitante y determinará si posee una limitación funcional que pueda asistirse por medio de un servicio cubierto por IHSS.

Generalmente, el diagnóstico de una condición específica no es suficiente para demostrar la necesidad. Por ejemplo, el hecho de que el solicitante tenga diabetes no es suficiente para demostrar la necesidad. El trabajador social del condado necesitará comprender qué limitaciones funcionales están presentes debido a la diabetes. Entonces, el solicitante querrá explicarle si la diabetes le causa dificultades para ver, caminar, alimentarse, etc. y de qué manera. Luego el trabajador social utilizará la información recopilada para determinar el nivel de necesidad y cuánto tiempo debería asignarle para el servicio. Puede obtener más información acerca de la evaluación de las necesidades en el capítulo 4.

2. RECURSOS ALTERNATIVOS Y OTROS SERVICIOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (HCBS)

2.1 Recursos alternativos

Como parte de la evaluación de las necesidades, el condado recopilará información acerca de los recursos alternativos disponibles para el solicitante.¹²⁹ El propósito es determinar si existen otras maneras disponibles de que el solicitante reciba o pueda recibir asistencia similar a IHSS.¹³⁰ Los recursos alternativos incluyen centros de cuidado durante el día para adultos y niños, centros de recursos comunitarios, centros de atención para adultos mayores y centros de

descanso.¹³¹ Los centros regionales no son recursos alternativos para los fines de IHSS.¹³² Los recursos alternativos deben estar realmente disponibles y no pueden representar un costo para el programa IHSS o para el solicitante, salvo que el solicitante elija incurrir en gastos o el solicitante tenga costo compartido.¹³³

La recepción de recursos alternativos se documentará y reducirá la cantidad de horas asignadas al solicitante por cada servicio específico que pueda proporcionarse por medio de un recurso alternativo, salvo que el solicitante necesite una cantidad mayor al máximo de horas disponibles en IHSS.¹³⁴

Las horas de IHSS pueden asignarse para traslado y acompañamiento en un recurso alternativo si el consumidor lo necesita.¹³⁵ Generalmente, un programa de recurso alternativo brinda servicios similares o complementarios a aquellos que ofrece el programa IHSS. Por ejemplo, si un consumidor asiste a un Community-Based Adult Services center (Centro de Servicios para Adultos Basado en la Comunidad) (anteriormente conocido como centro de día para el cuidado de adultos) durante la mañana, no se le puede autorizar IHSS para las horas en las que está en el centro, pero sí se podría aprobar IHSS si el consumidor necesita asistencia durante la tarde o la noche cuando los servicios del CBAS no están disponibles.

2.2 Servicios voluntarios

Los servicios voluntarios que el solicitante recibe de un miembro de la familia, compañero de piso o amigo no se consideran recursos alternativos.¹³⁶ Si el servicio se brinda voluntariamente, aunque la compensación esté disponible por medio del programa IHSS, el trabajador social del condado obtendrá una declaración firmada del proveedor.¹³⁷ El condado no puede exigirle a un miembro de la familia o a un amigo que brinde servicios de manera voluntaria.¹³⁸

2.3 Otros recursos de HCBS

El IHSS es uno de los varios servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) disponibles en California. El objetivo de HCBS es permitir que los beneficiarios reciban servicios en un entorno no institucional. Desde hace varios años, los gastos de Medicaid se han desplazado de manera tal que ahora los gastos de HCBS representan más del 50 % del gasto

total de Medicaid en servicios y apoyos a largo plazo.¹³⁹

Puede encontrar una lista del programa HCBS de California en el apéndice A. Disability Rights California también selecciona publicaciones sobre el Programa Multifunción de Servicios para el Adulto Mayor (MSSP), la Exención del Programa de Sida de Medi-Cal (AIDS Medi-Cal Waiver) y la Exención de las Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad (anteriormente conocida como la exención de centro de enfermería/hospital de agudos).¹⁴⁰ Las personas deben solicitar cada programa de HCBS por separado. Es importante tener en cuenta que muchos programas HCBS que no corresponden a IHSS tienen inscripciones limitadas y listas de espera.

3. PROCESO Y PLAZOS DE SOLICITUD

3.1 Proceso de solicitud

- El proceso de solicitud para IHSS consta de seis pasos básicos. Por empezar, las personas que necesitan servicios en el hogar deben contactarse con la unidad de IHSS del Departamento de Bienestar de su condado de residencia. Aunque se puede presentar la solicitud de IHSS por escrito, la mayoría de las personas lo hace por teléfono.¹⁴¹ En el sitio web del CDSS encontrará un listado con la información de contacto de la unidad de IHSS de cada condado.¹⁴²
- Si el solicitante de IHSS aún no solicitó Medi-Cal, el condado lo derivará a la división de elegibilidad para acceder a los beneficios de Medi-Cal de la oficina de bienestar del condado. La oficina de bienestar del condado debe procesar la solicitud de manera separada, aunque simultánea. No obstante, muchos condados aguardan la aprobación de Medi-Cal antes de procesar la solicitud para IHSS.

El trabajador social del condado realizará una visita al hogar del solicitante. Luego, entrevistará al solicitante en su hogar para determinar su elegibilidad para los servicios, su incapacidad funcional, arreglos de vivienda y todo otro recurso alternativo que esté disponible. Si al momento de la entrevista el solicitante se encuentra viviendo en un establecimiento, el condado debe realizar una evaluación preliminar. Una vez que el solicitante haya retornado a su hogar, se realizará una evaluación de seguimiento en la vivienda.¹⁴³

- Como parte de la evaluación, el trabajador social debe consultar si el solicitante necesita o no una adaptación por ceguera o impedimento visual (debe acontecer en la solicitud inicial y en las revisiones anuales). El trabajador social debe registrar la información, así como también toda necesidad de comunicación relacionada (por ejemplo, utilización de un sistema telefónico de planillas de control de horas para aprobar dichas planillas; solicitud de planillas de control de horas en una fuente tamaño 18; solicitud de notificaciones de resolución en fuente tamaño 18, en braille, en CD de audio, o en un CD de texto accesible). Si la persona necesita otro tipo de adaptación, se la debe pedir a su trabajador social.¹⁴⁴
- El solicitante debe entregar el formulario de Certificación de Servicios de Salud IHSS completo (SOC 873)¹⁴⁵ o su equivalente funcional en la oficina de bienestar del condado.¹⁴⁶ El condado le brindará asistencia al solicitante con este proceso siempre que la pida.¹⁴⁷ Puede que un proveedor de servicios de salud inscrito en Medi-Cal no le cobre para completar el formulario.¹⁴⁸ La ley no es clara respecto de los proveedores inscritos de Medi-Cal. Sin embargo, hay una extensa lista de proveedores de servicios de salud que pueden completar el formulario. Por lo tanto, si un médico o enfermero quiere cobrarle para completar el formulario, el solicitante puede recurrir a otro proveedor.

Si el solicitante pide servicios paramédicos o supervisión preventiva, debe presentar una certificación adicional. Para los servicios paramédicos, un profesional de la salud debe completar y presentar el formulario SOC 321.¹⁴⁹ Para la supervisión preventiva, un profesional de la salud debe completar y presentar el formulario SOC 821.¹⁵⁰ Estos formularios no son necesarios como parte de la solicitud inicial.

El solicitante tiene un plazo de 45 días desde la fecha de recepción del formulario en blanco para regresarlo completo y firmado.¹⁵¹ El condado no puede autorizar IHSS sin antes haber recibido el formulario de Certificación de Servicios de Salud, salvo que el solicitante sea dado de alta de un hospital o un hogar de ancianos o corra un riesgo inminente de ubicación fuera del hogar.¹⁵² El solicitante puede pedir un plazo adicional de 45 días para presentar el formulario de Certificación de Servicios de Salud

si existe un motivo justificado para la demora.¹⁵³

El condado debe procesar la solicitud completa dentro del plazo de los 30 días.¹⁵⁴ Esto incluye la determinación de elegibilidad, la evaluación de las necesidades y el envío de la notificación de resolución. Es común que el condado se exceda del plazo estipulado de 30 días. Si la determinación de discapacidad está pendiente, el condado puede extender el plazo de 30 días.¹⁵⁵

- El condado debe enviar una notificación de resolución (NOA) que exprese su determinación.¹⁵⁶ Si se aprobaron los servicios, la NOA incluirá información acerca de los servicios particulares y las horas asignadas al beneficiario.¹⁵⁷ Aquel que haya solicitado Medi-Cal en simultáneo recibirá una notificación de resolución por separado para dicha determinación.¹⁵⁸

LISTAS DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

SOLICITANTE:

- Solicitar IHSS por teléfono, en persona o por correo en el Departamento de Bienestar de su condado;
- Presentar el formulario de Certificación de Servicios de Salud;
- Permitirle al condado que lleve a cabo la visita al hogar y las evaluaciones de las necesidades.

CONDADO:

- Aceptar la solicitud por teléfono, en persona o por correo;
- Ayudar al solicitante a obtener el formulario de Certificación de Servicios de Salud, de ser necesario;
- Completar la visita al hogar y la evaluación de las necesidades;
- Procesar la solicitud dentro del plazo de los 30 días;
- Enviar una notificación de resolución que exprese la aprobación o la denegación de la solicitud.

3.2 Plazos de la solicitud

Aunque la ley estatal estipula los plazos para el procesamiento de las solicitudes de IHSS, la ley federal exige que los estados cumplan con los estándares de plazos de Medicaid al procesar solicitudes de Medicaid.¹⁵⁹ En concreto, los estados deben completar el procesamiento dentro de los 90 días para los solicitantes que solicitan

el servicio en función de una discapacidad y 45 días para todos los demás solicitantes.¹⁶⁰ El plazo de 45/90 días comienza en la fecha de la solicitud inicial (o el traslado de otro programa de seguros) y finaliza en la fecha en que el organismo notifica su decisión al solicitante.¹⁶¹

Dado que los reglamentos de California exigen que las solicitudes de IHSS se procesen dentro de los 30 días, las protecciones ofrecidas por la Ley federal de Medicaid pueden parecer innecesarias.¹⁶² No obstante, en la práctica, las demoras son comunes.¹⁶³ Si un condado tiene un patrón de demoras, los defensores pueden contactarse con Justice in Aging para analizar las opciones de defensa o acudir directamente al Departamento de Servicios Sociales, Adult Programs Division (División de Programas para Adultos).

Si bien el formulario de certificación de servicios de salud es necesario para poder autorizar los servicios, no forma parte de la solicitud en sí misma. Toda demora en la presentación del formulario de Certificación de Servicios de Salud (punto 4 ya mencionado) puede resultar en una demora en la determinación de elegibilidad para Medi-Cal o IHSS que exceda los plazos límite de 45/90 días. Las determinaciones de elegibilidad para IHSS que se excedan de los plazos límite de 45/90 días pueden infringir las normas federales de cumplimiento de Medicaid.

4. ELEGIBILIDAD PRESUNTA Y ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA

4.1 Elegibilidad presunta para IHSS

En general, la recepción de los servicios IHSS depende de que se completen y se aprueben los procesos de solicitud para Medi-Cal. No obstante, en circunstancias limitadas, el solicitante puede resultar elegible para elegibilidad presunta de servicios IHSS incluso si no cuenta con una determinación de Medi-Cal. Si la persona ha solicitado Medi-Cal y cumple con todos los requisitos para Medi-Cal, pero la determinación de su elegibilidad para Medi-Cal está pendiente porque falta determinar la evaluación de la discapacidad, puede ser elegible para servicios IHSS a través del programa Residual de IHSS (IHSS-R).¹⁶⁴ Si bien IHSS-R a menudo se piensa como IHSS para aquellos que no son elegibles para Medi-Cal, con frecuencia funciona como un programa multifunción, ya que le brinda servicios a aquellos que solo

pueden acceder a Medi-Cal con fondos del estado, aquellos que son presuntamente elegibles y aquellos que están en transición para darse de baja de Medi-Cal.

La recepción de IHSS a través del programa IHSS-R continuará hasta que se determine la discapacidad y se apruebe o deniegue Medi-Cal. Si se aprueba Medi-Cal, el consumidor continuará con IHSS, pero se le brindará a través de uno de los programas IHSS vinculados con Medi-Cal federal. Si se deniega Medi-Cal, también cesará la autorización temporal de IHSS a través del programa IHSS-R.¹⁶⁵ El condado debe notificar al consumidor acerca de su intención de cesar IHSS y brindarle la oportunidad de apelar la decisión. El consumidor que desee objetar la decisión debe apelar tanto la denegación de IHSS como la denegación de Medi-Cal.

4.2 Discapacidad presunta

Ciertas condiciones no requieren una determinación de la discapacidad. Por el contrario, a los fines de la elegibilidad para Medi-Cal e IHSS, se considerará que la persona presenta una discapacidad presunta cuando tenga una de las condiciones articuladas: Algunos ejemplos incluyen la amputación de una pierna a la altura de la cadera, sordera total y ceguera total.¹⁶⁶ De todas formas, el condado llevará a cabo una evaluación de las necesidades de la persona con discapacidad presunta para dictaminar las horas de necesidad.

4.3 Elegibilidad presunta para Medi-Cal

Por separado, también existen varios programas de elegibilidad presunta para Medi-Cal, que incluyen el Programa de Tratamiento de Cáncer de Mama y Cuello Uterino (Breast and Cervical Cancer Treatment Program), Programa de Prevención de Discapacidad y Salud de Niños (Child Health and Disability Prevention Program), Cada Mujer Cuenta (Every Woman Counts), Elegibilidad Presunta para Mujeres Embarazadas (Presumptive Eligibility for Pregnant Women) y Elegibilidad Presunta Hospitalaria (Hospital Presumptive Eligibility). Estos programas les proporcionan acceso temporal inmediato a las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medi-Cal según la información preliminar brindada y certificada por ellas mismas.¹⁶⁷

5. VISITA AL HOGAR Y PREPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN

5.1 Visita al hogar

Para evaluar la necesidad de un solicitante de IHSS, un trabajador social realizará una visita al hogar.¹⁶⁸ El condado también realizará visitas al hogar para llevar a cabo las reevaluaciones. El solicitante debe cooperar con el condado para realizar estas evaluaciones en el hogar.¹⁶⁹ El CDSS también cuenta con un protocolo para las visitas al hogar sin previo aviso como parte de sus esfuerzos para lograr una garantía de calidad.¹⁷⁰

Durante la visita al hogar, el trabajador social del condado evaluará las condiciones físicas y mentales del solicitante, su situación de vivienda y cuánto tiempo le lleva realizar las tareas.¹⁷¹ Sin embargo, es importante observar que la visita al hogar conforma solo una parte de la evaluación general de necesidades y las determinaciones del trabajador social del condado sobre las necesidades del solicitante **no deben** basarse únicamente en la visita al hogar. No obstante, la visita al hogar representa una parte muy importante de la evaluación de necesidades, con lo cual resulta beneficioso que los solicitantes estén preparados para la visita. Los solicitantes pueden elegir que un miembro de su familia, amigo, defensor u otro representante esté junto con ellos durante la visita.

El Departamento de Servicios Sociales de California ha creado un video instructivo que puede ser de utilidad para los solicitantes que se estén preparando para una visita al hogar.¹⁷² Disability Rights California también ha creado una guía de autoevaluación que el consumidor o un miembro de la familia puede utilizar para mostrar cuál es la necesidad mensual del consumidor.¹⁷³

6. APROBACIÓN O DENEGACIÓN

El condado debe enviar al solicitante una notificación de resolución (NOA) de IHSS que explique la determinación de la elegibilidad. Si se aprobaron los servicios, la NOA proporcionará una explicación detallada de las horas asignadas a cada servicio.¹⁷⁴ El capítulo 4 incluye información acerca de cada categoría de servicio y las pautas de tiempo para cada tarea. Puede encontrar una muestra de NOA adjunta a esta guía como apéndice C. Remítase al adjunto enviado por Vanessa y

agréguelo al final del documento detrás del apéndice B.

Los solicitantes tienen derecho a una denegación por escrito.¹⁷⁵ No serán válidas las denegaciones verbales. Los solicitantes tienen derecho a apelar la denegación de IHSS o la asignación de horas si están disconformes con la cantidad de horas adjudicadas. El capítulo 7 ofrece una explicación más exhaustiva de los derechos y procedimientos involucrados en la apelación.

Capítulo 2: notas finales

- 90 Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.5.
- 91 Cal. Welf. & Inst. Code §§ 11104, 12305.6; California Dept. of Social Services Manual of Policies & Procedures (“MPP”) § 30-770.41.
- 92 MPP § 30-755.11 (Elegibilidad sin PCSP); MPP § 30-770.41 (elegibilidad para PCSP).
- 93 MPP § 30-755.11; consulte también MPP § 30-700.1.
- 94 MPP § 30-755.11; MPP §§ 30-770.1, 30-770.2; consulte también 20 C.F.R. § 416.202.
- 95 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.95, MPP § 30-700.2 (PCSP); MPP § 30-755.31 (programas sin PCSP).
- 96 Consulte la Health Consumer Alliance (Alianza de Consumidores de la Salud) en www.healthconsumer.org; el Western Center on Law & Poverty, www.wclp.org, la Guía de Elegibilidad para la Atención Médica.
- 97 Cal. Welf. & Inst. Code §12300 *et seq.*
- 98 Cal. Welf. & Inst. Code § 14007.5; Cal. Code Regs., tit. 22, § 50301(b).
- 99 8 U.S.C. § 1641(b); Welfare and Institutions Code §§ 11104, 12305.6.
- 100 Notificación de información para todos los condados (ACIN) n.º I-18-08 (12 de marzo de 2008), disponible en http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acin08/I-18_08.pdf; los inmigrantes que sean elegibles conforme a la definición de PRUCOL se detallan en el Sistema Manual de Operación de Programas (POMS) SI 00501.420, disponible en <https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lrx/0500501420>.
- 101 MPP § 30-770.5; carta a todos los condados (ACL) n.º 08-15 (4 de abril, 2008), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl08/08-15.pdf>.
- 102 Consulte también el Centro Nacional de Leyes Migratorias (National Immigrant Legal Center), *Principales programas de beneficios disponibles para inmigrantes en california*, (mayo de 2017), disponible en <https://www.nilc.org/wp-content/uploads/2015/11/cal-benefits-table.pdf>; Es importante destacar que la consideración del patrocinante puede afectar de forma separada la capacidad de un inmigrante de ser elegible para los beneficios. La página 6 de la tabla del Centro Nacional de Leyes Migratorias (NILC) adjunta ofrece información adicional sobre la consideración del patrocinante y la elegibilidad para IHSS.

103MPP §30-770.41.

104MPP § 30-770.42.

105MPP § 30-770.421.

106MPP § 30-770.422.

107MPP § 30-770.441. Los motivos justificados incluyen, entre otros, los siguientes: (1) un tratamiento médico ambulatorio que no está disponible en California y que es necesario para mantener la salud del beneficiario; (2) una escolaridad o capacitación a corto plazo para que el beneficiario alcance la autosuficiencia, que no está disponible en California; (3) citación o convocatoria emitida por un tribunal. Welfare & Institutions Code § 11100.1.

108MPP § 30-701(o)(2).

109MPP § 30-755.12.

110Íd.

111MPP § 30-755.12.

112MPP § 30-755.121.

113MPP § 30-755.121; MPP § 30-757.12.

114ACL 08-18 (23 de abril de 2008), Pregunta 27, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl08/08-18.pdf>.

11520 C.F.R. § 416.202; Cal. Welf. & Inst. Code § 12300; MPP 30-700.1; 30-755.231.

11620 C.F.R. § 416.202(1); Cal. Welf. & Inst. Code § 12050(b).

11720 C.F.R. § 416.905(a); Cal. Welf. & Inst. Code § 12050(d); Libro Azul del Seguro Social, que contiene listados de las discapacidades, disponible en <https://www.ssa.gov/disability/professionals/bluebook/>.

11820 C.F.R. § 416.906; Cal. Welf. & Inst. Code § 12050(d).

119Cal. Welf. & Inst. Code § 12300; MPP § 30-755.11.

12020 C.F.R. § 416.981.

121Íd.

122Cal. Welf. & Inst. Code § 12050(c).

- 123ACL 14-67 (4 de noviembre de 2017), páginas 1-2, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-67.pdf>.
- 124ACL 14-60 (viernes, 29 de agosto de 2014), páginas 2-4, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf>.
- 125A continuación se enumeran los servicios aplicables y los niveles funcionales: Alimentarse, índice funcional de 3-6; cuidados de los intestinos y la vejiga/menstrual, índice funcional de 3-6; baño/aseo, índice funcional de 4-5; vestimenta, índice funcional de 4-5; movilidad dentro del hogar, índice funcional de 4-5; traslado, índice funcional de 4-5; respiración, índice funcional de 5-6; paramédico, índice funcional no aplicable.
- 126A continuación se enumeran los servicios aplicables: Preparación de las comidas, limpieza después de las comidas, respiración, cuidado de los intestinos y la vejiga, alimentación, baños en cama de rutina, vestimenta, cuidado menstrual, ambulación, traslado, baño, higiene oral, aseo, reposicionamiento y cuidado de la piel, cuidado y asistencia con las prótesis, y paramédico.
- 127SMD n.º 15-001 (7 de mayo de 2015), disponible en <https://www.medicaid.gov/federal-policy-guidance/downloads/smd050715.pdf>; 42 U.S.C. §1396r-5(a).
- 128Cal. Welf. & Inst. Code § 12309; MPP § 30-756.1.
- 129Cal. Welf. & Inst. Code § 12309(b)(2)(B).
- 130MPP § 30-763.6.
- 131MPP § 30-757.171(a)(2).
- 132ACL 98-53 (9 de julio de 1998), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl98/98-53.PDF>.
- 133MPP §§ 30-763.611; 30-763.613.
- 134MPP § 30-763.63.
- 135MPP § 30-757.154; ACL 14-82 (25 de noviembre de 2014), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-82corrected.pdf>.
- 136MPP § 30-763.62.

- 137MPP §§ 30-763.64, 30-757.176; carta a todos los condados n.º 00-28 (25 de abril de 2000), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl00/pdf/00-28.PDF>; Consulte la Certificación de Servicios Voluntarios SOC 450, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC450.pdf>.
- 138Íd.
- 139Consulte Eiken, Steve, et al., *Gastos de Medicaid para los Servicios y Apoyos en el largo plazo (LTSS) en el año fiscal 2014*, (15 de abril de 2016), disponible en <https://www.medicaid.gov/medicaid/ltss/downloads/ltss-expenditures-2014.pdf>.
- 140MSSP: <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/539501.pdf>; Exención de sida: <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/543501.pdf>; Exención del centro de enfermería/hospital de agudos: <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/559101.pdf>.
- 141La solicitud por escrito para IHSS consiste en el formulario SOC 295, que se actualizó en septiembre de 2018. La solicitud en inglés está disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/FMUForms/Q-T/SOC295.pdf?ver=2018-07-18-103154-373>. La solicitud en inglés, en letra grande está disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/FMUForms/Q-T/SOC295L.pdf?ver=2018-10-09-140506-307>. Puede encontrar las solicitudes en español, chino y armenio en: <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/Translated-Forms-and-Publications>.
- 142Oficina de IHSS del condado: <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/County-IHSS-Offices>.
- 143MPP § 30-755.12; ACIN I-43-06 (8 de junio de 2006), disponible en http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acin06/pdf/I-43_06.pdf; carta a todos los condados n.º 02-68 (30 de agosto de 2002), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl02/pdf/02-68.pdf>.
- 144ACL 15-60 (22 de julio de 2015), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2015/15-60.pdf>.
- 145Departamento de Servicios Sociales de California, formulario SOC 873 disponible en: <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC873.pdf>.
- 146Cal. Welf. & Inst. Code § 12309.1, MPP § 30-754; ACL 16-78 (28 de septiembre de 2016). El 1 de octubre de 2016 entraron en vigencia los nuevos reglamentos que implementan los requisitos de certificación de atención médica. El MPP § 30-701(l)(2) define al proveedor de servicios de salud matriculado para la

certificación de atención médica. El MPP § 30-754.2 exige el uso del formulario aprobado por el departamento, pero MPP § 30-754.21 también les exige a los condados que acepten toda documentación alternativa que les proporcione la misma información requerida que el formulario SOC 873.

147 El formulario SOC 874 establece que el condado puede enviarle la certificación de atención médica directamente al proveedor de servicios de salud matriculado del solicitante, pero el solicitante debe proporcionar el nombre y el domicilio del proveedor de servicios de salud matriculado. El formulario SOC 874 que notifica a los solicitantes de los requisitos está disponible en:

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC874.pdf>.

148 42 USC § 1396t(c)(2)(A).

149 Departamento de Servicios Sociales de California, formulario SOC 321:

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC321.pdf>.

150 Departamento de Servicios Sociales de California, formulario SOC 821:

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC821.PDF>.

151 MPP § 30-754.4; ACL 16-78 (29 de septiembre de 2016).

152 MPP § 30-754.6. Los solicitantes a los que se les haya otorgado una excepción y hayan recibido servicios IHSS antes de que el condado haya recibido el formulario de certificación de atención médica, aún deben devolver el formulario completo y firmado una vez que el condado lo solicite dentro de los 45 días siguientes a esa fecha de conformidad con el MPP § 30-754.63. Estos solicitantes también pueden pedir una prórroga de 45 días adicionales por un motivo justificado en virtud del MPP § 30-754.64.

153 Cal. Welf. & Inst. Code § 12309.1(e)(2).

154 MPP § 30-759.2.

155 MPP §§ 30-759.2, 30-771.3.

156 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300.2; MPP §§ 30-759.7, 30-763.8.

157 Íd.

158 22 C.C.R. § 50179.

159 42 C.F.R. § 435.912.

160 42 C.F.R. § 435.912(c)(3).

161 El Código de Reglamentos Federales, título 42, artículo 435.912(e) contempla las circunstancias inusuales en las que el estado puede desviarse de los plazos

estipulados. El inciso (e)(1) plantea la excepción a los estándares de puntualidad cuando “el organismo no puede tomar una decisión porque el solicitante o el médico examinador incumple o demora en tomar una acción requerida”.

162MPP § 30-759.2.

163En virtud del Código de Bienestar e Instituciones de California § 12309.1, existen dos excepciones a este requisito: (1) los servicios se podrán autorizar antes de la recepción si la persona está tramitando el alta de un hospital o centro de enfermería y necesita los servicios para poder regresar a su hogar de manera segura o (2) los servicios se podrán autorizar temporalmente si el condado determina que existe un riesgo de ubicación fuera del hogar.

164MPP § 30-759.2; ACL 12-36 (24 de julio de 2012), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2012/12-36.pdf>.

165ACL 12-36 (24 de julio de 2012).

166MPP § 30-785(g); 22 C.C.R. § 50167(a)(1)(C); 20 C.F.R. § 416.934.

167Para obtener más información acerca de estos programas, visite:

https://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/presumptive/eligibility/PE_Programs_landing.asp.

168MPP § 30-761.13.

169MPP § 30-60.13.

170Consulte Departamento de Servicios Sociales de California, Protocolos Uniformes Estatales de IHSS, disponibles en [http://www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/res/IHSSUniformStatewideProtocols-ProgramIntegrityActMAR2013\(bookmarked\).pdf](http://www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/res/IHSSUniformStatewideProtocols-ProgramIntegrityActMAR2013(bookmarked).pdf).

171MPP § 30-761.261.

172Puede consultar el video en:

<http://www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/PG3154.htm>. También se encuentra disponible en español, chino y armenio.

173La guía de evaluación completa se encuentra disponible en:

<https://www.disabilityrightsca.org/publications/ihss-self-assessment-and-fair-hearing-guide#>.

174Cal. Welf. & Inst. Code § 12300.2; MPP §§ 30-759.7, 30-763.8.

175MPP § 22-001(a)(1).

Capítulo 3: Programas de Medi-Cal e IHSS

Este capítulo le brindará una descripción general del programa de Medi-Cal y su integración con el Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). Consta de cuatro secciones: (1) Descripción general de los programas específicos de Medi-Cal; (2) Protecciones contra el empobrecimiento del cónyuge; (3) Efectos de los cambios y las suspensiones en Medi-cal de IHSS; (4) Atención administrada de Medi-Cal e IHSS y (5) Exenciones de HCBS de Medi-Cal.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE MEDI-CAL

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. En la actualidad, presta servicios a más de 13.4 millones de californianos. Si bien Medi-Cal se presenta como un amplio programa de seguros, en realidad consiste en docenas de programas distintos con requisitos de elegibilidad variados. La inscripción para IHSS no depende de la elegibilidad para un programa de Medi-Cal en particular. No obstante, resulta útil comprender las nociones básicas de algunos de los programas de Medi-Cal que se encuentran más estrechamente relacionados con IHSS. Este manual solo brinda una descripción general de los distintos programas de Medi-Cal. Si desea obtener información detallada acerca de Medi-Cal, el Western Center on Law and Poverty¹⁷⁶, la Alianza de Consumidores de la Salud¹⁷⁷ y Disability Rights California,¹⁷⁸ deberá consultar recursos adicionales.

Los programas de Medi-Cal se dividen en dos grandes categorías: aquellos que determinan la elegibilidad de los ingresos según el Ingreso Bruto Ajustado Modificado (Modified Adjusted Gross Income) (Medi-Cal con MAGI) y aquellos que utilizan grupos tradicionales de elegibilidad de Medicaid (Medi-Cal sin MAGI). Existen numerosas subcategorías de Medi-Cal sin MAGI. Es importante observar que no todos los programas de Medi-Cal son gratuitos. Algunos programas exigen una pequeña prima mensual y otros requieren que los beneficiarios incurran en un costo compartido mensual antes de que Medi-Cal cubra el servicio. Un costo compartido es el monto mensual que una persona o familia debe pagar sobre el costo de sus servicios de salud para ser elegible para Medi-Cal en el mismo mes.¹⁷⁹

La mayor parte de los beneficiarios de Medi-Cal están inscritos en el plan de atención administrada. Este desplazamiento del pago de una tarifa por el servicio hacia la atención administrada no ha afectado significativamente la gestión del programa IHSS, que ha permanecido bajo la administración de los departamentos de bienestar de los condados aun cuando otros servicios y apoyos a largo plazo se han convertido en beneficios para la atención administrada.

1.1 Medi-Cal con MAGI

Existen cuatro programas principales en el espectro de Medi-Cal con MAGI: ampliación para adultos, padres y familiares cuidadores, mujeres embarazadas y menores. MAGI significa “ingreso bruto ajustado modificado”. Representa una nueva metodología para establecer la elegibilidad de ingresos para Medi-Cal, basada en las normas de ingresos estipuladas por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).¹⁸⁰ Desde el 1 de enero de 2014, Medi-Cal ha comenzado a brindar seguros médicos gratuitos para dos grupos de adultos que hasta el momento no eran elegibles para Medi-Cal: adultos solteros de bajos ingresos de 19 a 64 años de edad sin hijos y jóvenes de hasta 26 años que hayan estado en un régimen de acogida familiar.¹⁸¹ Como resultado de esta ampliación, más de 3,6 millones de beneficiarios, o el 27 % de la población de Medi-Cal, pueden acceder a Medi-Cal.¹⁸²

Antes de la aprobación de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, tener un ingreso bajo o inexistente no era suficiente para ser elegible para Medi-Cal. Por el contrario, una persona debía clasificarse dentro de un grupo específico de elegibilidad. Actualmente, un adulto que (1) tenga un ingreso bruto ajustado modificado por debajo del 138 % del Nivel de Pobreza Federal (FPL)¹⁸³; (2) **no** sea **elegible** para Medicare Parte A o B¹⁸⁴; (3) no esté cursando un embarazo; y (4) sea ciudadano de los Estados Unidos o inmigrante calificado, es elegible para Medi-Cal con MAGI conforme a la ampliación de la población adulta.¹⁸⁵ Medi-Cal con MAGI determina la elegibilidad de acuerdo con los ingresos anuales.¹⁸⁶ Los ingresos se limitan a 138 % del FPL para los adultos. Generalmente, Medi-Cal utiliza los ingresos familiares informados al Servicio de Impuestos Internos (IRS) por medio del formulario 1040. Medi-Cal con MAGI **no** cuenta con una evaluación de activos o recursos.¹⁸⁷

Los padres y familiares cuidadores son elegibles para Medi-Cal con MAGI si (1) tienen un vínculo de sangre con el menor, por adopción o matrimonio; (2) viven con el menor; (3) tienen responsabilidades principales para con el menor; (4) tienen un ingreso del 109 % del FPL o menor.¹⁸⁸ Los padres y cuidadores que perciban un ingreso entre el 109 % y el 138 % pueden resultar elegibles a través del programa de ampliación para adultos siempre que cumplan con los demás requisitos anteriormente descritos.

Las mujeres embarazadas son elegibles para Medi-Cal con MAGI. Existen varios programas que le prestan cobertura a la mujer embarazada y la elegibilidad para cada uno depende, en gran medida, de los ingresos y del estado migratorio. La

cobertura de alcance completo de Medi-Cal está disponible para mujeres embarazadas con un estado migratorio satisfactorio cuyos ingresos no excedan el 138 % del FPL y Medi-Cal limitado al embarazo está disponible sin importar el estado migratorio siempre que los ingresos no excedan el 213 % del FPL.¹⁸⁹ En concreto, deberían cubrirse todos los servicios médicamente necesarios sin importar si la mujer cuenta con la cobertura de alcance completo de Medi-cal o con Medi-Cal limitado al embarazo.¹⁹⁰

Los menores de 0 a 19 años también son elegibles para Medi-Cal con MAGI, además de recibir cobertura conforme al Programa para Menores de Bajos Ingresos (Targeted Low-Income Children's Program, TLICP)¹⁹¹ Estos dos programas de Medi-Cal brindan cobertura para menores de bajos ingresos. El límite de ingresos para la elegibilidad de ambos programas varía según la edad del menor.¹⁹² En general, los menores son elegibles para Medi-Cal con un ingreso familiar menor al 266 % del FPL y algunos menores son elegibles para la cobertura de Medi-Cal con hasta el 322 % del FPL.¹⁹³ Los menores entre 1 y 19 años con ingresos familiares entre el 161 % y el 266 % del FPL deberán pagar una prima mensual de \$13 por menor, con un límite de \$39 por familia.¹⁹⁴

Los beneficiarios de Medi-Cal con MAGI son elegibles para los servicios IHSS.¹⁹⁵ Cada condado debe determinar la elegibilidad para IHSS de los beneficiarios de Medi-Cal con MAGI de forma separada.¹⁹⁶ El condado determinará si el beneficiario tiene cobertura de alcance completo de Medi-Cal con Participación Financiera Federal; si el beneficiario es mayor, ciego o una persona con discapacidades; y evaluará si dicho beneficiario necesita los servicios IHSS. Si el beneficiario cumple con los tres criterios, será elegible para recibir servicios IHSS a través de la Primera Opción Comunitaria (CFCO), el Programa de Servicios de Cuidado Personal (PCSP), o el Programa IHSS Plus Opciones (IPO).¹⁹⁷ Estos tres programas se describen en detalle en el capítulo 1.

1.2 Medi-Cal sin MAGI

Todos los programas de Medi-Cal que no utilicen la metodología de ingreso bruto ajustado modificado se consideran programas sin MAGI. Los programas de Medi-Cal sin MAGI son programas tradicionales de Medi-Cal. Casi todos los mayores están inscritos en programas sin MAGI. Un número significativo de adultos con discapacidades también está inscrito en programas sin MAGI. Los tres programas principales son el basado en SSI, Índice Federal de Pobreza para Personas de la Tercera Edad y Personas Discapacitadas (Aged & Disabled Federal Poverty Level) y Personas con Necesidades Médicas de Medi-Cal (Medically Needy Medi-Cal).

Un número significativo también recibe servicios del Programa 250 % para Trabajadores con Discapacidades (250 % Working Disabled Program) de California. A continuación, analizaremos brevemente cada uno de ellos.¹⁹⁸

En general, los programas tradicionales de Medi-Cal delimitan los ingresos y los recursos que las personas pueden tener y aun así ser elegibles para los beneficios. Además, Medi-Cal tradicional determina la elegibilidad de acuerdo con los ingresos mensuales, no anuales. Para obtener más información acerca de los límites de bienes para Medi-Cal tradicional, consulte la notificación informativa n.º 007 de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud (DHCS).¹⁹⁹

Medi-Cal vinculado con el SSI

Los adultos mayores y los adultos con discapacidades que reciban un Ingreso del Seguro Suplementario (SSI) son automáticamente elegibles para Medi-Cal gratuito. Estos beneficiarios no deben solicitar Medi-Cal de manera separada a través del condado. No obstante, al igual que todos los beneficiarios de Medi-Cal, deberán solicitar IHSS a través del condado.

Medi-Cal con Índice Federal de Pobreza para Personas de la Tercera Edad y Personas Discapacitadas

El programa del Índice Federal de Pobreza para Personas de la Tercera Edad y Personas con Discapacidades (A&D FPL) les presta servicios a personas con discapacidades de bajos ingresos, incluidos los adultos mayores.²⁰⁰ Los adultos mayores son personas mayores de 65 años.²⁰¹ La discapacidad se puede determinar a través de la determinación de discapacidad del Seguro Social o por medio de la solicitud para Medi-Cal.²⁰² Es un programa de Medi-Cal gratuito, con lo cual las personas elegibles no tienen un costo compartido.

Los límites de ingresos cambian cada año de acuerdo con el Nivel de Pobreza Federal. El ingreso exacto se estipula en abril de cada año. Los límites de ingresos son el 100 % del FPL para una pareja o una persona, más los \$230 de desestimación estándar por individuo y \$310 de desestimación para una pareja. En el año 2019, los adultos mayores y las personas con discapacidades deben tener un ingreso contable neto que no exceda los \$1271 para una persona y \$1720 para una pareja.²⁰³ Además de cumplir con este límite de ingresos, los mayores o adultos con discapacidades también deben contar con recursos contables por debajo del nivel de recursos the Medi-Cal de \$2000 para una persona y \$3000 para una pareja. La determinación de recursos puede ser compleja y los defensores deben consultar los manuales recomendados más abajo para obtener información más detallada.

Existen maneras para que las personas reduzcan sus ingresos contables netos para poder acceder a Medi-Cal, que pueden ayudarlos a ser elegibles para Medi-Cal gratuito a través del programa para personas de la tercera edad y personas con discapacidades. Si desea obtener más información, consulte la publicación de Disability Rights California “Hojas de trabajo para determinar la elegibilidad conforme al programa de Medi-Cal con Índice Federal de Pobreza para Personas de la Tercera Edad y Personas Discapacitadas”.²⁰⁴

Costo compartido de Medi-Cal para personas mayores, ciegas, con discapacidades o personas con necesidades médicas.

Los adultos mayores de bajos ingresos y los adultos con discapacidades con un ingreso mayor, que no sean elegibles para otros programas de Medi-Cal o que tengan una solicitud de SSI pendiente, pueden ser elegibles para el programa de Medi-Cal para personas con necesidades médicas.²⁰⁵ Este programa es gratuito para algunos beneficiarios con ingresos extremadamente bajos, pero la mayoría tiene un costo compartido.

Un costo compartido, a menudo denominado “co-pago” es un monto de dinero que el beneficiario debe abonar o en el que debe incurrir mensualmente para solventar bienes y servicios médicos antes de que el programa de Medi-Cal comience a pagar los servicios de atención médica, incluido IHSS. La fórmula utilizada para calcular el costo compartido de Medi-Cal no se ha actualizado en casi 30 años y a menudo resulta en costos altos que el beneficiario no puede afrontar.

Para determinar el costo compartido, el condado comenzará por determinar el ingreso bruto total. Luego sustrae la deducción de los \$20 estándar y la deducción de ganancias, de corresponder.²⁰⁶ A continuación, sustrae toda prima de salud que el beneficiario abone, incluidas las primas de Medicare Parte B.²⁰⁷ Una vez sustraída toda deducción admisible del ingreso bruto, el condado obtendrá los ingresos contables netos de la persona o de la pareja. Si los ingresos están por debajo del límite de elegibilidad para el plan de Medi-Cal según el Índice Federal de Pobreza para Personas de la Tercera Edad y Personas Discapacitadas, la persona recibirá Medi-Cal gratuito; si están por encima del límite, la persona será elegible para el programa para Personas con Necesidades Médicas.

El costo compartido será el ingreso contable compartido menos el mantenimiento mensual del nivel de necesidad de ingresos de \$600 para una persona y \$934 para una pareja.²⁰⁸

Ejemplo 1—Costo compartido sin deducciones de prima de seguro médico

Juanita recibe \$1500 en concepto de jubilación mensual y no abona primas de seguro médico. El condado sustrae la deducción estándar de \$20. Los ingresos

contables netos de Juanita son de \$1480. Dado que son más altos de \$1271 (el límite de Medi-Cal para personas de la tercera edad y personas con discapacidad en 2019), el condado deberá determinar su costo compartido al sustraer \$600 de los \$1480. El costo compartido de Juanita será de \$880 por mes.

Ejemplo 2—Costo compartido con deducciones de prima de seguro médico

James recibe un Ingreso del Seguro Complementario bruto de \$1500 y abona \$134 por mes en concepto de primas Parte B. El condado sustrae la deducción estándar de \$20 y la prima de seguro médico de \$134. Los ingresos contables netos de James son de \$1346. Dado que son más altos de \$1271 (el límite de Medi-Cal para personas de la tercera edad y personas con discapacidad en 2019), el condado deberá determinar su costo compartido al sustraer \$600 de los \$1346. El costo compartido de James será de \$746 por mes.

Ejemplo 3—Sin costo compartido con deducciones de prima de seguro médico

Miriam recibe un Ingreso del Seguro Complementario bruto de \$1500 y abona \$250 por mes en concepto de primas de seguro médico. El condado sustrae la deducción estándar de \$20 y la prima de seguro médico de \$250. Los ingresos contables netos de Miriam ascienden a \$1230. Dado que son inferiores a \$1271 (el límite de Medi-Cal para personas de la tercera edad y personas con discapacidad en 2019), Miriam es elegible para Medi-Cal gratuito y no tendrá costo compartido.

Es importante observar que en los ejemplos 1 y 2, Juanita y James pueden contratar un seguro adicional para reducir sus ingresos por debajo del umbral de \$1271 y evitar abonar un costo compartido.

IHSS con costo compartido

Las personas que tengan un costo compartido alto pueden tener dificultades para acceder a los servicios Medi-Cal, incluido IHSS. Tal es así, que los beneficiarios de IHSS se verían afectados de una manera particularmente negativa si tuvieran un costo compartido mensual. Esto se debe a que el costo compartido se sustrae directamente del salario del proveedor cada mes que el beneficiario no incurre en otros gastos médicos. Esto significa que el beneficiario será responsable de abonarle al proveedor todo salario que no haya sido abonado por el Estado.

Ejemplo 4—Efecto del costo compartido en IHSS

Tim tiene un costo compartido mensual de \$880. Es elegible para 170 horas de IHSS por mes a una tarifa de \$12 por hora. De acuerdo con esta información, el proveedor de Tim ganará \$2040 por mes. Sin embargo, si este es el único gasto

mensual de Tim cubierto por Medi-Cal, el estado deducirá \$880 cada mes del salario del proveedor de Tim y Tim será responsable de abonar el costo compartido directamente al proveedor cada mes. En otras palabras, se le deben al proveedor \$2040 en concepto de salario por mes: el estado abonará \$1160 (\$2040 menos los \$880 del costo compartido) y Tim le deberá a su proveedor \$880 en salarios. Dado que esto representa más de la mitad de los ingresos de Tim, resulta improbable que pueda afrontar el pago de este monto, lo cual le dificultará mantener un proveedor.

Reducir o eliminar el costo compartido

Es posible reducir o eliminar un costo compartido y las personas que necesitan IHSS pueden tener un incentivo financiero para hacerlo. Las personas pueden comprar seguros dentales o de la visión para tener una deducción adicional de la prima del seguro médico.²⁰⁹ También podrán comunicarse con Disability Rights California u otra organización de servicios jurídicos para analizar la elegibilidad para Medi-Cal a través de un programa más favorable, como el Programa del 250 % para Trabajadores con Discapacidades que se describe más adelante.

Si las personas no pueden eliminar su costo compartido, pueden tratar de usar otros gastos médicos, incluso pueden abonar de su bolsillo los servicios de cuidado personal adicionales como una manera de alcanzar el costo compartido.²¹⁰ Es importante observar que, desde el 2015, no se pueden utilizar los servicios de cuidado personal pagados del propio bolsillo para deducir ingresos.²¹¹ Para obtener más información sobre el tema, consulte la publicación de Disability Rights California titulada “¿Cómo puedo utilizar mi costo compartido para obtener más servicios necesarios?”.²¹²

Programa del 250 % para Trabajadores con Discapacidades

El Programa del 250 % para Trabajadores con Discapacidades es un programa de Medi-Cal para los adultos con discapacidades que perciben un ingreso por discapacidad. Este programa exige el pago de una prima mensual basada en los ingresos contables.²¹³ Dado que estas primas pueden ser significativamente menores que Medi-Cal con costo compartido para el mismo ingreso, vale la pena determinar si la persona o la pareja es elegible conforme al Programa del 250 % para Trabajadores con Discapacidades.

Para ser elegible, la persona debe responder a la definición de persona con discapacidad estipulada por el Seguro Social, tener un ingreso familiar neto que no exceda el 250 % del FPL y reunir los requisitos para los beneficios del SSI a excepción de los ingresos. La persona debe contar con ingresos de su empleo

(incluso una cantidad mínima de trabajo) y con recursos que estén por debajo del umbral de \$2000/\$3000.²¹⁴ Todo dinero generado con empleo se considera un ingreso para este programa.²¹⁵ Las personas que hayan recibido beneficios del Seguro por Discapacidad del Seguro Social y que se hayan cambiado a los beneficios del retiro también pueden participar en este programa.

Si desea obtener más información acerca de este programa, consulte la “Guía de Elegibilidad de Medi-Cal 2016” del Western Center on Law and Poverty.²¹⁶

2. PROTECCIONES CONTRA EL EMPOBRECIMIENTO DEL CÓNYUGE

La protección contra el empobrecimiento del cónyuge es una norma de elegibilidad especializada de Medicaid que beneficia a los matrimonios cuando un miembro de la pareja necesita servicios y apoyos a largo plazo. Las normas de empobrecimiento del cónyuge pueden utilizarse para asistir a los matrimonios que solicitan IHSS para establecer la elegibilidad de Medi-Cal, ya que conforma un método alternativo para asignar, o contar, los ingresos y los recursos.

En general, esta protección les permite asignar los ingresos y recursos de un solicitante de Medi-Cal al cónyuge no afiliado para que el solicitante o beneficiario de Medi-Cal pueda cumplir con las limitaciones de ingresos y recursos. Originalmente, el propósito de la norma era permitirle a un cónyuge con necesidad de servicios de salud a largo plazo que se tornara elegible para Medi-Cal para poder residir en un entorno institucionalizado, mientras se evitaba que el cónyuge que aún habitaba en la vivienda quedara desprovisto.²¹⁷ Si bien esta norma fue de ayuda para los matrimonios, tuvo la consecuencia no intencionada de forzar la institucionalización de un cónyuge que podría haber recibido los cuidados en el hogar con las ayudas adecuadas.²¹⁸

Hacia el 1 de enero de 2014, la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA) de 2010 amplió las protecciones contra el empobrecimiento del cónyuge.²¹⁹ El propósito de dicha ampliación, que era transitoria hasta el 31 de diciembre de 2018 y se extendió hasta el 31 de marzo de 2019, es permitir que más adultos mayores y adultos con discapacidades puedan acceder a los servicios en el hogar y la comunidad necesarios, incluido IHSS. Al enmendar la definición de “cónyuge institucionalizado” para incluir a un cónyuge que es elegible para los servicios en el hogar y la comunidad según el plan de Medicaid del estado o un programa de exención en un nivel de cuidados de centro de enfermería, la ACA permitió que más parejas se beneficiaran de las protecciones contra el empobrecimiento del cónyuge.

En julio de 2017, Justice in Aging, Disability Rights California, el Western Center

on Law and Poverty, Servicios Jurídicos Bet Tzedek y la firma pro bono McDermott Will & Emery iniciaron acciones legales contra el Departamento de Servicios de Salud de California por la falta de implementación de las protecciones ampliadas contra el empobrecimiento del cónyuge.²²⁰ Una vez presentada la demanda, *Kelley v. Kent*, el Departamento de Servicios de Salud publicó una guía inicial para todo el estado y en 2018 le siguió una segunda carta de orientación. No obstante, aún no se evalúa a los solicitantes y los beneficiarios para la elegibilidad según la protección contra el empobrecimiento del cónyuge de manera sistemática.²²¹ Si desea obtener información adicional sobre la norma de empobrecimiento del cónyuge o el caso *Kelley*, comuníquese con Justice in Aging o Disability Rights California.

3. EFECTOS DE LOS CAMBIOS DE MEDI-CAL Y LAS SUSPENSIONES EN IHSS

Dado que la elegibilidad para IHSS depende en gran medida de la elegibilidad para Medi-Cal, los cambios en la cobertura de Medi-Cal de un beneficiario pueden afectar su capacidad de acceder a IHSS²²². Existen dos categorías principales de cambios en Medi-Cal que pueden tener un impacto negativo en el IHSS de una persona, a saber: (1) cambios que aumenten los gastos de bolsillo de un beneficiario para IHSS (por ejemplo, pasar de un programa de Medi-Cal gratuito a un programa de Medi-Cal que le cueste dinero al beneficiario) y (2) suspensiones de Medi-Cal.²²³

3.1 Costo compartido y otros cambios relacionados

Los cambios en los ingresos pueden afectar la elegibilidad de Medi-Cal.²²⁴ Una vez que se informa un cambio de ingresos ante el condado, éste debe procesar dicho cambio y determinar si la persona continúa siendo elegible para su programa de Medi-Cal actual, o si debe trasladarse a otro programa. Los condados evalúan la elegibilidad de Medi-Cal por medio de una jerarquía establecida.²²⁵ Un cambio entre los programas de Medi-Cal puede resultar en la inscripción en un programa de Medi-Cal basado en una prima, como el Programa del 250 % para Trabajadores con Discapacidades o el Programa de Costo Compartido para Personas con Necesidades Médicas.

Normalmente, las primas de Medi-Cal suponen ser asequibles y, en la mayoría de las circunstancias, no deberían impedir que una persona mantenga Medi-Cal. No obstante, la persona tendrá la responsabilidad de asegurarse de abonar cada mes o arriesgarse a la suspensión del programa de Medi-Cal.

El costo compartido, sin embargo, puede limitar la capacidad de una persona de acceder a los servicios de Medi-Cal, incluido IHSS. Tal como ya se expuso con

mayor detalle, los beneficiarios de Medi-Cal deben abonar el monto de su costo compartido antes de que Medi-Cal pague por los servicios. Para la mayoría de los beneficiarios, este cambio significa que el programa IHSS ya no es asequible.

Si el condado evalúa un costo compartido correctamente, el beneficiario o el defensor del beneficiario deberían analizar alternativas, que incluyen: (1) determinar si el beneficiario es elegible o si puede tornarse elegible para otro programa de Medi-Cal de menor costo o gratuito, como los anteriormente mencionados, o (2) determinar si el beneficiario desea contratar servicios que Medi-Cal no cubre para alcanzar su costo compartido. Para obtener más información acerca de cómo alcanzar un costo compartido, consulte la publicación de Disability Rights California titulada “¿Cómo puedo utilizar mi costo compartido para obtener más servicios necesarios?”.²²⁶

Si un beneficiario estima que el condado ha cometido un error, como calcular el costo compartido de manera incorrecta o asignarle el programa de Medi-Cal equivocado, él o su defensor tienen el derecho de apelar. De hecho, toda acción adversa a la elegibilidad de Medi-Cal de un beneficiario activa derechos del debido proceso para la persona.²²⁷ Los cambios en la elegibilidad de Medi-Cal de un beneficiario, como asignarle el programa de Costo Compartido para Personas con Necesidades Médicas se consideraría una acción adversa.²²⁸ Se debe informar al beneficiario de toda acción adversa por medio de una notificación de resolución del condado, también denominada NOA.

Para asegurarse de que los servicios continúen a la espera de la audiencia (y de que se pausen los cambios propuestos en la NOA), debe presentarse una solicitud de audiencia antes de la fecha de entrada en vigor que figura en la notificación de resolución de Medi-Cal. Para obtener información más completa acerca de los derechos al debido proceso y las apelaciones, consulte la “Guía de Elegibilidad de Salud 2016” del Western Center on Law and Poverty.²²⁹

Los derechos de apelación en el Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) conforman el tema central del capítulo 8 de este manual. Si la determinación de la elegibilidad de Medi-Cal de un cliente tendrá un impacto negativo en su capacidad para recibir IHSS, es posible que tenga que presentar una apelación por separado para continuar con la elegibilidad para IHSS.

3.2 Suspensiones en Medi-Cal

La suspensión del programa de Medi-Cal puede ocurrir por un número de razones. A los fines de este manual, no obstante, existen dos categorías de suspensiones: (1) el beneficiario ya no cumple con los criterios de elegibilidad de

Medi-Cal o (2) el beneficiario continúa cumpliendo con los criterios de elegibilidad, pero se lo ha suspendido por alguna otra razón. Se trata de una distinción importante, ya que los beneficiarios de la categoría 1 que no pueden tornarse elegibles para otro programa de Medi-Cal ya no resultan elegibles para IHSS. Los beneficiarios de la categoría 2 puede que mantengan IHSS, siempre que puedan corregir el problema que derivó en la interrupción de Medi-Cal. Dada esta diferencia, veremos cada categoría por separado.

El beneficiario ya no reúne los criterios de elegibilidad de Medi-Cal

Si el beneficiario deja de cumplir con los criterios de elegibilidad para el programa de Medi-Cal, el condado emitirá una NOA que le explique al beneficiario por qué ya no es elegible.²³⁰

Por ejemplo, si un beneficiario está por encima del límite de recursos, el beneficiario se mantendrá no elegible para Medi-Cal salvo y hasta que el deducible de Medi-Cal esté por debajo del límite de recurso. Esta falta de elegibilidad de Medi-Cal también resultará en la suspensión del programa IHSS. El beneficiario debería recibir dos NOA: una para comunicar la suspensión de Medi-Cal y otra para comunicar la suspensión de IHSS. La persona debería apelar ambas NOA. Si el beneficiario apela antes de la fecha indicada en la notificación que estipula la efectivización del cambio, el beneficiario puede retener su Medi-Cal mientras aguarda la determinación de la apelación. Esto se denomina asistencia pagada pendiente.²³¹ Para obtener más información acerca de los derechos al debido proceso y las apelaciones, consulte la “Guía de Elegibilidad de Salud 2016” del Western Center on Law and Poverty.²³²

Generalmente, un beneficiario de IHSS recibirá un mes adicional de IHSS a través del programa Residual de IHSS financiado por el estado una vez que se suspenda Medi-Cal. No obstante, transcurrido ese mes, se suspenderán los servicios y los pagos. La suspensión en Medi-Cal debe apelarse si el beneficiario desea continuar con la cobertura de IHSS.

El beneficiario reúne los criterios de elegibilidad de Medi-Cal

No es extraño que se les suspenda el programa Medi-Cal a los beneficiarios, aunque aún reúnan los criterios de elegibilidad. Por ejemplo, si el beneficiario no completa los papeles para la redeterminación, recibirá una NOA de suspensión, aunque su condición de elegibilidad no haya cambiado. En estos casos, el beneficiario debe apelar la suspensión de Medi-Cal dentro de los 90 días antes de la fecha indicada en la notificación que estipula la efectivización del cambio a partir de la fecha de envío de la NOA.²³³ De ser posible, el beneficiario debe apelar antes

de la fecha de efectivización del cambio estipulada en la notificación, para recibir la asistencia pagada pendiente.²³⁴

El beneficiario que apele activamente una suspensión en Medi-Cal debe también presentar una apelación de IHSS para asegurarse de que el programa IHSS no se suspenda erróneamente mientras la apelación de Medi-Cal está pendiente. El capítulo 8 de este manual analiza las apelaciones de IHSS con mayor detalle.

4. PROGRAMAS DE EXENCIÓN DE MEDI-CAL

El programa IHSS es un programa de Medi-Cal que puede ayudar a las personas con discapacidades a vivir en sus propios hogares de manera segura. Para las personas con necesidades de cuidados más intensivos, existen algunos programas de exención de Medi-Cal que pueden proveerles servicios adicionales en el hogar y la comunidad (HCBS). En este momento, en California existen cinco excepciones de HCBS de Medi-Cal. Es importante observar que generalmente existen restricciones de elegibilidad para los programas de exención de Medi-Cal, que incluyen condiciones médicas o geográficas y límites de inscripciones. También es importante observar que las personas no pueden inscribirse en más de una exención.

4.1 Exención de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

La Exención de Sida le brinda servicios a los menores y adultos con VIH y Sida que reúnan los requisitos para acceder a un nivel de cuidados del centro de enfermería y que sean elegibles para Medi-Cal. Los servicios prestados incluyen: administración de casos, servicios de enfermería especializados, servicios a cargo de un asistente, psicoterapia, servicios de entrega de comida a domicilio, asesoramiento sobre nutrición, suplementos nutricionales, equipos e insumos médicos, adaptaciones físicas menores en el hogar, transporte médico que no sea de urgencia y recursos financieros para acogimiento familiar. Los organismos de Exención de Sida pueden proporcionar información adicional acerca de la elegibilidad, la inscripción y los servicios.²³⁵

4.2 Exención de Vida Asistida (ALW)

La Exención de Vida Asistida presta servicios a adultos mayores de 21 años con discapacidades que reúnan los requisitos para un nivel de cuidados del centro de enfermería y que sean elegibles para Medi-Cal sin costo compartido. La Exención de Vida Asistida financia la vida asistida, la coordinación de atención y otros beneficios para las personas elegibles. Se encuentra disponible en los condados de Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Ángeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Mateo,

Santa Clara y Sonoma. En la actualidad, hay 3744 puestos autorizados disponibles en todo el estado.²³⁶ Se financiaron 2000 puestos adicionales por medio del presupuesto de California para 2018-19. Sin embargo, el estado aún necesita contar con la aprobación del gobierno federal.

4.3 Exención de las Alternativas en el Hogar y la Comunidad (Exención de HCBS)

La Exención de Alternativas en el Hogar y la Comunidad, anteriormente conocida como exención de centros de enfermería/hospitales de agudos, les presta servicios a personas con discapacidades con condiciones médicas a largo plazo que alcanzan un nivel específico de necesidad de cuidados y que son elegibles para Medi-Cal. La exención ofrece una amplia variedad de servicios, que incluyen: servicios de enfermería particular, exenciones de servicios de cuidado personal, administración/coordinación de casos, habilitación, descanso en el hogar, transición a la comunidad, servicios de enfermería y apoyo continuos, adaptaciones de accesibilidad en el entorno, descanso en el establecimiento, entre tantos otros. La exención de servicios de cuidado personal puede utilizarse para aumentar el monto para atención en el hogar más allá de lo asignado a través de IHSS. La exención se encuentra disponible en todo el estado, pero hay una lista de espera para la mayoría de los participantes.²³⁷

4.4 Exención de servicios en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades del desarrollo (Exención de HBCS-DD)

La exención HBCS-DD presta servicios a las personas con discapacidades del desarrollo que son elegibles para Medi-Cal, son clientes del centro regional y cumplen con el requisito del nivel de cuidados. La exención de HBCS-DD financia muchos de los servicios en el hogar y la comunidad disponibles para las personas con discapacidades del desarrollo por medio de los centros regionales, incluidos servicios domésticos, servicios de asistencia de salud en el hogar, descanso para el cuidador, habilitación, traslado, ayudas de comunicación, consulta nutricional, entre muchos otros.²³⁸

4.5 Programa Multifunción de Servicios para el Adulto Mayor (MSSP)

La exención del MSSP presta servicios a las personas elegibles de Medi-Cal mayores de 65 años que reúnen los requisitos para un nivel de cuidados del centro de enfermería. Los servicios de MSSP incluyen: administración de casos, servicios de cuidado personal, descanso para el cuidador, traslados, servicios de cocina, administración del dinero, asistencia para la vivienda/reparación del hogar, entre muchos otros. Las inscripciones están limitadas a 12.000 participantes y no están disponibles para todos los condados.²³⁹

Capítulo 3: notas finales

- 176 Consulte la guía de elegibilidad para servicios de salud 2016 de Western Center on Law and Poverty, disponible en <https://wclp.org/advocate-resources/manuals-2/2016-health-care-guide/>.
- 177 Visite la página de publicaciones de la Alianza de Consumidores de la Salud, disponible en https://healthconsumer.org/your_rights/.
- 178 Visite la página de beneficios para la salud de Disability Rights California, disponible en <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/PublicationsHealthBenefits.htm>.
- 179 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50090.
- 180 42 U.S.C. § 1396a(e)(14); Cal. Welf. & Inst. Code § 14005.64.
- 181 42 U.S.C. § 1396a(k); Cal. Welf. & Inst. Code § 14005.60.
- 182 http://www.dhcs.ca.gov/dataandstats/statistics/Documents/Fast_Facts_Sept_16_ADA.pdf.
- 183 42 U.S.C. § 1396a(a)(10)(A)(i)(VII); 42 C.F.R. § 435.119(b)(5); Welf. & Inst. Code § 14005.60(a).
- 184 Los beneficiarios de Medicare son potencialmente elegibles para los programas de Medi-Cal sin MAGI.
- 185 42 U.S.C. 1396a(a)(10)(A)(i)(VIII), (IX).
- 186 La carta a los directores de bienestar de todo el condado (ACWDL) n.º 18-03E (23 de marzo de 2018), disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/eligibility/Documents/ACWDL/2018/18-03E.pdf> proporciona el valor real del dólar del 138 % de FPL en 2018. El Departamento de Servicios de Salud actualiza estos números de manera anual.
- 187 42 U.S.C. § 1396a(e)(14)(C).
- 188 42 C.F.R. § 435.110; consulte también ACWDL 14-28 (7 de julio de 2014), disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/eligibility/Documents/ACWDL/2014/14-28.pdf>.
- 189 Cal. Welf. & Inst. Code §§ 14005.22, 14005.225 ACWDL 15-35 (12 de noviembre de 2015), disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/eligibility/Documents/ACWDL/2015/15-35.pdf>; carta de información de elegibilidad de Medi-Cal a los condados (MEDIL) n.º 15-25 (19 de agosto de 2015), disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi->

[cal/eligibility/Documents/MEDIL/2015/I15-25.pdf](https://www.dhcs.ca.gov/eligibility/Documents/MEDIL/2015/I15-25.pdf).

190 Para obtener información adicional acerca de la elegibilidad de Medi-Cal y el embarazo, consulte la hoja informativa para mujeres embarazadas del Departamento de Servicios de Salud, disponible en https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Documents/Pregnancy_Fact_Sheet_Chart.pdf.

191 42 U.S.C. § 1396a(k)(3); Cal. Welf. & Inst. Code § 14005.27.

192 Consulte Western Center on Law and Poverty, “Guía de elegibilidad para atención médica 2016”, pág. 2.60.

193 Cal. Welf. & Inst. Code §§ 14005.26, 14005.64, 15832. Para informarse acerca de los límites de elegibilidad de 2018 en dólar real, consulte la ACWDL 18-03E (23 de marzo de 2018).

194 Cal. Welf. & Inst. Code § 14005.26(d).

195 Carta a todos los condados (ACL) n.º 14-67 (4 de noviembre de 2014), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-67.pdf>.

196 Íd.

197 Íd. Aquellos que estén inscritos en IHSS a través del programa Residual de IHSS, no se encuentran alcanzados por las normas de Medi-Cal con MAGI.

198 Si desea obtener información adicional acerca de todos los programas de Medi-Cal, remítase a la guía de elegibilidad para servicios de salud 2016 de Western Center on Law and Poverty, disponible en <https://wclp.org/advocate-resources/manuals-2/2016-health-care-guide/>.

199 Notificación de información acerca de Medi-Cal n.º 007 (noviembre de 2018), disponible en https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/MCED/Info_Notice/MC_007_ENG_110118.pdf.

200 42 U.S.C. §§ 1396a(a)(10)(A)(ii)(X), 1396a(a)m)(1) (que autoriza la creación de un programa para adultos mayores y personas discapacitadas); Cal. Welf. & Inst. Code § 14005.40.

201 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50221.

202 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50223.

203 ACWDL 19-10 (28 de marzo de 2019), disponible en

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Documents/ACWDL/2019/19-10.pdf>.

204 <https://www.disabilityrightsca.org/system/files?file=file-attachments/545001.pdf>.

205 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50203.

206 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50653.

207 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50555.2.

208 Para obtener información adicional, remítase a Disability Rights California, *Planillas para determinar si se reúnen los requisitos para acceder al programa de Medi-Cal del Índice Federal de Pobreza para Personas de la Tercera Edad y Personas Discapacitadas (A&D FPL)*, disponible en <https://www.disabilityrightsca.org/system/files?file=file-attachments/545001.pdf>.

209 Las primas de seguro dental o de la visión se consideran primas de atención médica y, por lo tanto, son deducibles de los ingresos en virtud del 22 C.C.R. § 50555.2.

210 ACWDL 15-02 (12 de enero de 2015), disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Documents/ACWDL/2015/15-02.pdf>.

211 Íd.

212 <http://www.disabilityrightsca.org//pubs/559601.pdf>.

213 Cal. Welf. & Inst. Code § 14007.9(d). A partir de 2019, las primas oscilan entre \$20 y \$250 para un individuo, y entre \$30 y \$375 para una pareja, dependiendo de los ingresos contables.

214 42 U.S.C. § 1396a(a)(10)(A)(ii)(XIII); Cal. Welf. & Inst. Code § 14007.9(a)(1).

215 Consulte la ACWDL 00-51 (27 de septiembre de 2000), disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Documents/00-51.pdf>.

216 Western Center on Law and Poverty, *Cómo obtener y mantener una cobertura médica para los californianos de bajos ingresos: Una guía para los defensores* (marzo de 2016), páginas 83-89, disponible en <https://wclp.org/advocate-resources/manuals-2/2016-health-care-guide/>.

217 42 U.S.C. § 1396r-5(b)(1).

218 Los beneficiarios de ciertas exenciones de Medi-Cal HCBS también eran elegibles para las protecciones contra el empobrecimiento del cónyuge. No

obstante, los programas de exención son limitados y normalmente tienen listas de espera significativas, lo que dificulta su acceso.

219 Ley Pública n.º 111-148, artículo 2404 (2010) que modifica el 42 U.S.C. 1396r-5(h)(1)(A).

220 *Kelley v. Kent*, BS170173, presentado frente al Tribunal Superior de California, condado de Los Ángeles.

- 221 ACWDL 17-25 (19 de julio de 2016), disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Documents/ACWDL/2017/17-25.pdf>; ACWDL 18-19 (21 de agosto de 2018), disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Documents/ACWDL/2018/18-19.pdf>.
- 222 El programa Residual de IHSS no está vinculado a la elegibilidad de Medi-Cal. No obstante, menos del 1 % de los beneficiarios de IHSS se encuentran inscritos en el programa Residual de IHSS.
- 223 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50015.
- 224 La persona tiene la responsabilidad positiva de informar todo cambio en sus ingresos ante el Departamento de Bienestar del condado dentro del plazo de los 10 días y de presentar prueba actual de los ingresos en una redeterminación anual. Consulte el Código de Bienestar e Instituciones, sección 14005.37(h) (informe del cambio de circunstancia) y 14005.37(f) (redeterminación anual).
- 225 ACWDL 17-03 (miércoles, 25 de enero de 2017), disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Documents/ACWDL/2017/17-03.pdf>.
- 226 <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/559601.pdf>.
- 227 Remítase a *Goldberg v. Kelly*, 397 U.S. 254, 260 (1970); 42 C.F.R. § 431.200 *et seq.*
- 228 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50015.
- 229 Western Center on Law and Poverty, Guía de elegibilidad de servicios médicos 2016, disponible en <http://wclp.org/advocate-resources/manuals-2/2016-health-care-guide/>.
- 230 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50179.
- 231 Cal. Code Regs., tit. 22, § 431.231.
- 232 Western Center on Law and Poverty, Guía de elegibilidad de servicios médicos 2016, disponible en <http://wclp.org/advocate-resources/manuals-2/2016-health-care-guide/>.
- 233 42 C.F.R. § 431.211; Cal. Welf. & Inst. Code § 10951. La apelación puede realizarse después de los 90 días si existe un motivo justificado para la demora en la presentación.
- 234 42 C.F.R. § 431.231.

- 235 Para obtener más información, remítase a Disability Rights California, *¿De qué manera la exención de sida de Medi-Cal puede ayudarlo a recibir la atención que necesita en su hogar?* (Agosto de 2017), disponible en <https://www.disabilityrightsca.org/system/files?file=file-attachments/543501.pdf>; Programa de exención de sida de Medi-Cal DHCS, disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AIDS.aspx>.
- 236 Para obtener más información, remítase al DHCS, exención de vida asistida, disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx>; Disability Rights California, *Programas de Medi-Cal que lo ayudan a permanecer en su casa o abandonar un centro de enfermería*, (agosto de 2017), disponible en <https://www.disabilityrightsca.org/system/files/file-attachments/539201.pdf>.
- 237 Para obtener más información, remítase al DHCS, Exención de alternativas en el hogar y la comunidad (HCBA), disponible en [http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx); Disability Rights California, *Las exenciones de las alternativas en el hogar y la comunidad (HCBA) (anteriormente conocidas como exenciones del centro de enfermería/hospital de agudos): nociones generales*, (agosto de 2017), disponible en <https://www.disabilityrightsca.org/system/files?file=file-attachments/559101.pdf>.
- 238 Para obtener más información, remítase al DHCS, Exención de servicios en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD), disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/HCBSDDMediCalWaiver.aspx>.

239 Para obtener más información, remítase al DHCS, Programa multifunción de servicios para el adulto mayor, disponible en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MSSPMedi-CalWaiver.aspx>; Departamento de la Vejez de California, Programa multifunción de servicios para el adulto mayor, disponible en <https://www.aging.ca.gov/programsproviders/mssp/> and <https://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/MSSP/Contacts/>; Disability Rights California, *El programa multifunción de servicios para el adulto mayor puede ser la solución para estar en el hogar en vez de ser ir a un asilo de ancianos*, (agosto de 2016), disponible en <https://www.disabilityrightsca.org/system/files?file=file-attachments/539501.pdf>.

Capítulo 4: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS IHSS

Este capítulo le brindará una descripción general de los servicios disponibles a través el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). Existen nueve categorías distintas de servicios disponibles a través del programa IHSS, que incluyen: servicios domésticos, limpieza profunda, servicios relacionados, cuidado personal, acompañamiento a consultas médicas, reducción de los peligros en el jardín, enseñanza y demostración, servicios paramédicos y supervisión preventiva.²⁴⁰ Cada uno de estos tipos de servicio se describe en detalle en el capítulo 5. El presente capítulo consta de cinco secciones: (1) Horas y necesidad; (2) Límites mensuales; (3) Necesidad insatisfecha; (4) Vivienda colectiva y prorrateo; y (5) Supervisión preventiva.

1. HORAS Y NECESIDAD

Para recibir cualquiera de los servicios anteriormente mencionados, el solicitante o beneficiario debe tener una necesidad para ese servicio en particular.²⁴¹ Dado que los solicitantes y los beneficiarios están sujetos a las mismas reglas que enunciaremos a continuación, se utilizará el término “beneficiario” para englobar ambos. Si se aplican reglas separadas para un solicitante, se mencionará esa diferencia.

1.1 Evaluación de las necesidades

El condado realizará una evaluación de las necesidades del beneficiario, que incluirá información sobre el entorno de vivienda, los recursos alternativos disponibles para cubrir la necesidad del beneficiario,²⁴² y las capacidades funcionales del beneficiario.²⁴³

Como parte de la evaluación, el trabajador social del condado realizará una visita en persona al hogar del beneficiario.²⁴⁴ El condado debe determinar que la ejecución de un servicio específico por parte del beneficiario implicaría “una amenaza tal para su salud/seguridad que le impediría permanecer en su propio hogar”.²⁴⁵

Aunque la visita a domicilio en persona es una parte importante de la evaluación, no es el único criterio para determinar o continuar la elegibilidad.²⁴⁶ El condado también debe evaluar la declaración de necesidades del beneficiario, la información médica disponible y toda otra información que el personal de los servicios sociales considere necesaria y adecuada para evaluar la necesidad del beneficiario.²⁴⁷

En situaciones de emergencia, es posible autorizar IHSS antes de realizar la evaluación de las necesidades.²⁴⁸ Para constituir una situación de emergencia, el

beneficiario debe cumplir con uno de los siguientes criterios: (1) el beneficiario es una persona con discapacidad, está desempleado y no tiene expectativas de empleo para los próximos 45 días y el condado estima que el solicitante padece una discapacidad física o mental que durará más de un año o de por vida; (2) el solicitante padece ceguera conforme a la definición del artículo 30-771.2 del Manual de Políticas y Procedimientos;²⁴⁹ o (3) el solicitante debe cumplir con los criterios de elegibilidad establecidos en el artículo 30-755 del Manual de Políticas y Procedimientos.²⁵⁰ Además de cumplir con una de las condiciones mencionadas, las necesidades del beneficiario deben justificar la prestación inmediata del servicio.²⁵¹ Si se autorizan los servicios de emergencia, el condado deberá proceder a realizar una evaluación completa de las necesidades dentro de los 30 días posteriores a la fecha de solicitud.²⁵²

1.2 Evaluación previa al alta de un hospital o de un establecimiento de atención a largo plazo

Los beneficiarios que al momento residan en un entorno institucional, como hospitales y centros de enfermería especializada, son elegibles para solicitar IHSS, pero la mayoría de los servicios no pueden comenzar hasta que el establecimiento les dé el alta.²⁵³ Además, el departamento de bienestar del condado debe realizar una evaluación de necesidades preliminar mientras el beneficiario permanece en el establecimiento para que pueda gozar de los servicios tan pronto como retorne a su hogar.²⁵⁴ Los beneficiarios que viven en entornos institucionales y desean retornar a sus hogares pueden tener que interceder por sí mismos o contactar a un proveedor de servicios jurídicos para asegurarse de que el condado cumpla con su deber de llevar a cabo una evaluación preliminar. El condado realizará una segunda evaluación de necesidades una vez que el beneficiario retorne a su hogar y realizará ajustes en las horas autorizadas en ese momento.²⁵⁵

1.3 Frecuencia de la evaluación

Generalmente, la evaluación de las necesidades se lleva a cabo antes de la autorización de los servicios IHSS y antes de los 12 meses calendario desde la última evaluación.²⁵⁶ No obstante, el condado puede decidir posponer la fecha de reevaluación por seis meses según el caso específico.²⁵⁷ Para posponer la reevaluación, el condado debe documentar que existan todas las siguientes condiciones:

1. El beneficiario ha tenido al menos una reevaluación desde la evaluación inicial de admisión;
2. Los arreglos de vivienda del beneficiario no han cambiado, y vive con otras

personas o tiene contacto significativo regular con una persona distinta al proveedor que se interesa por la salud del beneficiario;

3. El beneficiario, sus padres (si es menor), o su curador puede gestionar sus cuidados de manera satisfactoria;
4. No ha habido cambios significativos en las necesidades del beneficiario para recibir servicios de asistencia en los últimos 24 meses; y
5. No ha habido informes o intervención de los servicios de protección para adultos en el expediente desde la última evaluación; y
6. El beneficiario no ha informado un cambio de proveedor en los últimos seis meses; y
7. El beneficiario no ha sido hospitalizado en los últimos tres meses.²⁵⁸

En circunstancias muy limitadas, el condado puede considerar otros factores, que incluyen la intervención de un administrador de casos de los servicios sociales, o la certificación de un profesional de la salud que indique que es poco probable que la condición del beneficiario cambie.²⁵⁹

1.4 Incapacidades funcionales y clasificaciones

Todos los condados utilizan la misma herramienta de evaluación para valorar la necesidad del beneficiario.²⁶⁰ Esta herramienta sirve para clasificar el nivel de capacidad y de dependencia del beneficiario de asistencia física o verbal por parte de otra persona.²⁶¹ Esta evaluación analiza los efectos de las incapacidades físicas, cognitivas y emocionales del beneficiario en su funcionamiento con respecto a un tipo de servicio específico.²⁶² El nivel de funcionamiento se cuantifica en una escala de cinco puntos. Un nivel “1” en cualquier categoría de servicio significa que el beneficiario no necesita dicho servicio.²⁶³

NIVEL 1: INDEPENDIENTE: El beneficiario puede realizar esta función sin asistencia humana. Si bien el beneficiario puede tener dificultades para llevar a cabo la función, realizar una tarea, con o sin asistencia de movilidad o de un dispositivo, esto no implica un riesgo sustancial para su seguridad.²⁶⁴ No se le autorizará la actividad de servicios correlacionados al beneficiario que se clasifica en el “nivel 1” en cualquiera de las funciones.²⁶⁵

NIVEL 2: NECESITA ASISTENCIA VERBAL: El beneficiario puede realizar una tarea física, pero necesita asistencia verbal para hacerlo. La asistencia verbal incluye recordar, guiar o alentar.²⁶⁶

NIVEL 3: NECESITA ASISTENCIA HUMANA MODERADA: El beneficiario requiere de asistencia física moderada para realizar una tarea. Esto puede incluir

asistencia física directa del proveedor.²⁶⁷

NIVEL 4: NECESITA ASISTENCIA HUMANA SUSTANCIAL: El beneficiario solo puede realizar una tarea con asistencia humana sustancial del proveedor.²⁶⁸

NIVEL 5: NO PUEDE REALIZAR LA TAREA: El beneficiario no puede realizar la tarea, con o sin asistencia humana.²⁶⁹

Para determinar la incapacidad funcional, el condado puede tener en cuenta una serie de factores para llegar a una conclusión.²⁷⁰ Éstos pueden incluir el diagnóstico del beneficiario en la medida que brinde información para fundamentar la incapacidad funcional, la habilidad actual del beneficiario para realizar tareas de manera segura; y las ayudas mecánicas y el equipo médico duradero utilizados (por ejemplo, sillas de ruedas, camas de hospital, etc.).²⁷¹

Solo los siguientes servicios o actividades se evalúan utilizando estos niveles numerados:

1. Tareas domésticas
2. Lavado de ropa
3. Compras y mandados
4. Preparación de comidas y limpieza
5. Movilidad dentro del hogar
6. Baño y aseo
7. Vestimenta
8. Cuidado de los intestinos, la vejiga y la menstruación
9. Reposicionamiento
10. Alimentación
11. Respiración
12. Memoria
13. Orientación
14. Juicio.²⁷²

Las primeras diez tareas se evalúan utilizando la escala de cinco puntos. La tarea de respiración solo puede ser valorada con 1 o 5. La memoria, la orientación y el juicio solo pueden valorarse con 1, 2 o 5.²⁷³ Esto se debe a que incluir niveles adicionales para estas tareas particulares no resulta en una necesidad significativamente distinta de asistencia humana.²⁷⁴

Si el beneficiario está recibiendo un tipo de servicio en particular que coincide

plenamente con los servicios paramédicos, el servicio correspondiente se valora con “1”.²⁷⁵ Por ejemplo, si el beneficiario tiene una escara, la atención para esa escara recaerá en los servicios paramédicos como cuidado de la piel y las heridas y el beneficiario recibiría un “1” en la clasificación de cuidado de la piel. Sin embargo, si el beneficiario necesita reposicionamiento y cuidado de la piel adicionales además del cuidado de la escara, el condado no debería valorar la necesidad del servicio de reposicionamiento y cuidado de la piel con “1”, ya que la necesidad total del beneficiario no está totalmente satisfecha a través de los servicios paramédicos.

1.5 Pautas de tiempo por tarea

Como se observó anteriormente, los niveles funcionales se relacionan con un rango de tiempo por tarea, que se denomina Hourly Task Guidelines (pautas de tiempo por tarea) o HTG. Las pautas tienen el doble propósito de brindarles a los condados una herramienta para “evaluar las necesidades de servicios y autorizar las horas de servicio para satisfacer esas necesidades precisa y sistemáticamente”.²⁷⁶ No obstante, es importante observar que, a pesar de la adopción de estas pautas estandarizadas, el condado debe autorizar horas “de acuerdo con nivel de necesidad individual del beneficiario para garantizar su salud, seguridad e independencia según el alcance de las tareas identificadas para el servicio”.²⁷⁷ De por sí, los niveles funcionales son un factor contribuyente, aunque no el único, para determinar el tiempo por tarea que recibe el beneficiario.²⁷⁸

Las HTG precisan un rango específico de tiempo que se correlaciona con cada tarea y cada nivel funcional.²⁷⁹ Por ejemplo, si el beneficiario recibe un nivel funcional de “3” en preparación de comidas, lo que significa que necesita asistencia humana moderada, las HTG autorizan al trabajador social del condado a aprobar entre 3,5 y 7 horas por semana.²⁸⁰ Las necesidades individuales del beneficiario deberían formar la decisión del trabajador social acerca de dónde asignar las horas finales de ese rango, o si las necesidades del beneficiario justifican más o menos tiempo del rango.

En 2017, el CDSS publicó una guía en un intento de unificar el uso de las HTG en el condado.²⁸¹ El propósito expreso de la guía es clarificar el proceso de evaluación de IHSS, incluido el uso de las HTG. No obstante, la nueva guía se presta confusión entre los trabajadores sociales, beneficiarios y defensores del condado. Además, algunos beneficiarios y defensores estiman que la nueva guía ha generado una reducción incorrecta de las horas de IHSS. No está del todo claro cuál es el causante de esta confusión. Sin embargo, la guía introdujo un rango de tiempo medio y vinculó los rangos bajos, medios y altos de horas con los niveles

funcionales. Por lo tanto, a modo de ejemplificación, si un trabajador social evalúa que un individuo tiene un nivel 4 en la preparación de comidas y cree que tiene un nivel “típico” de necesidad para alguien que está en ese nivel, se le indica que le otorguen 6:08 horas por semana.²⁸² Para algunos beneficiarios, esta fórmula podría representar un incremento en el tiempo, pero para otros podría representar una reducción.

A pesar de la publicación de la nueva guía, si las necesidades individuales de un beneficiario requieren más o menos tiempo para realizar una tarea específica, el trabajador social del condado está autorizado a asignar las horas por fuera del rango de la guía.²⁸³ El trabajador social puede hacer una excepción siempre que tome la determinación de que el beneficiario requiere más o menos horas para establecer y mantener una situación de vivienda independiente o mantenerse a salvo en su propio hogar.²⁸⁴ Las excepciones deberían considerarse como una parte normal del proceso de autorización.²⁸⁵ El trabajador social debe documentar la razón de la excepción en el expediente.²⁸⁶ No se puede realizar una excepción de las HTG para aumentar las horas de un beneficiario más allá del límite de 195 horas para aquellos que no presenten una discapacidad grave o de 283 horas para aquellos que presenten una discapacidad grave.²⁸⁷ Para consultar la diferencia entre discapacidad grave y no grave, remítase a la sección 2 de este capítulo. La persona que necesite más horas que el límite de horas mensual debería considerar buscar servicios alternativos, como solicitar una exención de Medi-Cal que pueda prestarle servicios adicionales de cuidado personal a través de uno de los programas de exención de Medi-Cal, que se analizan en el capítulo 3, sección 5.

1.6 Horas de IHSS y el presupuesto estatal

Los muchos años de expansión y retracción de la economía de California han generado que el programa IHSS sea blanco de recortes de presupuesto significativo en los años austeros. Dos de esos intentos se han enfocado directamente en reducir las horas otorgadas a los beneficiarios. En 2009, California intentó reducir o suspender las horas de IHSS según el puntaje del índice funcional de los beneficiarios. En 2011, California intentó implementar un recorte del 20 % de manera global para las horas de IHSS de la mayoría de los beneficiarios, sin contemplar la necesidad individual. Estos intentos de reducciones se frenaron por orden judicial en la demanda titulada *V.L. v. Wagner*, más tarde denominada *Oster v. Lightbourne*.

El caso *V.L./Oster* iba de la mano de un caso separado sobre los salarios de los proveedores de IHSS, *Dominguez v. Lightbourne*, en el que el estado, los sindicatos y los defensores del consumidor llegaron a un acuerdo de resolución, lo

que implicaba que no se haría efectiva reducción alguna como se había pretendido originalmente.²⁸⁸ El acuerdo de resolución reemplazó el 20 % de recorte en las horas de IHSS con una reducción temporal del 8 % de las horas de IHSS a partir del 1 de julio de 2013.²⁸⁹ Luego reducía el recorte del 8 % al 7 % a partir del 1 de julio de 2014. El acuerdo de resolución también delineaba un camino para restablecer los recortes de presupuesto tan pronto como en 2015. La Ley de Presupuesto (Budget Act) de 2015 restauró el 7 % de reducción para el año fiscal 2015-16.²⁹⁰ La Ley de Presupuesto de 2016 prorrogó el restablecimiento de los recortes del 7 % hasta el 30 de junio de 2019.²⁹¹ Al mes de abril de 2019, el restablecimiento no ha sido permanente. Sin embargo, el presupuesto del Gobernador para enero propuso restablecer el recorte en el año fiscal 2019-20. Los defensores continúan luchando por un restablecimiento completo.

2. LÍMITES MENSUALES

La cantidad total de horas que un beneficiario puede recibir se encuentra restringida por límites mensuales. Un beneficiario inscrito en CFCO, IPO y IHSS-R no puede recibir más de 283 por mes si “presenta una discapacidad grave” y no más de 195 horas por mes si “no presenta una discapacidad grave”.²⁹² Los beneficiarios inscritos en PCSP no pueden recibir más de 283 horas por semana, sin importar la gravedad de la discapacidad.²⁹³

A los beneficiarios que sean elegibles para supervisión preventiva siempre se les brinda el máximo de horas por mes, incluso si el condado recorta sus horas por algún otro servicio IHSS. Aquellos beneficiarios que se considera que no presentan una discapacidad grave y reciben supervisión preventiva serán elegibles para 195 horas de supervisión preventiva, más horas por otros servicios, hasta un máximo de 283 horas por mes.

Para considerar que presenta una discapacidad grave, un beneficiario debe tener una necesidad evaluada total de 20 horas o más por semana de servicios en una o más de las áreas siguientes: necesita servicios de cuidado personal, preparación de comidas, limpieza después de las comidas y consumo de alimentos, o servicios paramédicos.²⁹⁴ Si el beneficiario no reúne estos criterios, no presenta una discapacidad grave.²⁹⁵ La determinación sobre la discapacidad grave de un beneficiario para el programa IHSS debe incluirse en la evaluación de las necesidades.²⁹⁶ Anteriormente, se señalaba que el beneficiario presentaba una discapacidad grave con un asterisco junto a la cantidad total de horas evaluadas. En la actualidad, la notificación de resolución debe contener la información, pero no siempre lo hace de una manera clara y comprensible.

Un beneficiario con una discapacidad grave tiene la opción de elegir “pago por adelantado”.²⁹⁷ El pago por adelantado es un pago de los servicios IHSS que se le envía directamente al beneficiario con antelación a un servicio que se le está prestando.²⁹⁸ Esta opción de pago puede crear mayor flexibilidad para el beneficiario y puede acelerar la prestación de servicios. Solo los beneficiarios de CFCO, IPO e IHSS-R son elegibles para el pago por adelantado.²⁹⁹ Los beneficiarios de PCSP, en cambio, no lo son.³⁰⁰ El departamento de bienestar del condado debe informarles a los beneficiarios elegibles su derecho a acceder al pago por adelantado.³⁰¹

Una vez que el beneficiario acordó el pago por adelantado (también denominado paga adelantada), es responsable de asegurarse de pagarle al proveedor y de presentar las planillas de control de horas ante la oficina de servicios sociales del condado al finalizar el mes.³⁰² Sin embargo, el condado debe asistir a aquellos beneficiarios que tengan dificultades para gestionar el pago por adelantado.³⁰³ Si el beneficiario no presenta una planilla de horarios conciliada dentro de los 45 días posteriores a partir de la fecha de pago, existe una presunción refutable de que el monto no acordado es un pago en exceso.³⁰⁴ Además, si el beneficiario no puede utilizar el pago por adelantado para contratar horas autorizadas, se considerará que hubo un pago en exceso y el beneficiario será responsable de devolverle el monto al condado.³⁰⁵ Si el condado intenta suspender el pago por adelantado de un beneficiario, éste debe solicitar una audiencia de derecho administrativo y reclamar la ayuda abonada pendiente a la fecha. Además, los defensores deben consultar el sitio web de CDSS, ya que desde febrero de 2019, el Departamento ha estado trabajando activamente en una guía acerca del pago por adelantado.

3. NECESIDAD INSATISFECHA

A pesar de las horas máximas reglamentarias, el Estado reconoce que una persona puede necesitar horas adicionales para vivir de manera segura en su hogar. Aunque existe la posibilidad de que no se autoricen estas horas a través del programa IHSS, se les exige a los condados que indiquen las horas de necesidades insatisfechas de cada beneficiario en todas las notificaciones de resolución y evaluaciones de la necesidad.³⁰⁶ La necesidad insatisfecha documentada se define como “el total de horas sin supervisión preventiva para un beneficiario del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar que exceden el máximo legal”.³⁰⁷

Por ejemplo, si el beneficiario necesita 12 horas por día (360 horas por mes) de servicios IHSS, recibirá el máximo estipulado de 283 horas por mes y tendrá 77 horas por mes de necesidad insatisfecha. Cuando existe una necesidad

insatisfecha, el Sistema de administración de casos, información y nómina de salarios de IHSS (IHSS Case Management, Information and Payrolling System, CMIPS) prorrateará automáticamente la diferencia entre la necesidad insatisfecha documentada y el máximo de horas reglamentario de todos los servicios de supervisión preventiva autorizados.³⁰⁸

Dado el límite de la cantidad de horas disponibles, registrar la necesidad insatisfecha puede parecer irrelevante. No obstante, hacerlo es importante para el condado por dos razones principales. En primer lugar, si y cuando se llevan a cabo recortes de presupuesto y reducciones globales de horas, puede haber una disposición que exija que los recortes provengan en primer lugar de una necesidad insatisfecha. Tal como se analizó en el apartado 2.5, el acuerdo *Oster* y la legislación de implementación impusieron que los recortes obligatorios del 8 % y el 7 % debían tomarse primero de la necesidad insatisfecha documentada.³⁰⁹ Retomando el ejemplo anterior del beneficiario con 77 horas de necesidad insatisfecha, la importancia práctica de la necesidad insatisfecha se torna evidente: este beneficiario no debe experimentar ninguna reducción real en las horas recibidas.

La segunda razón por la que es importante documentar la necesidad insatisfecha es que el beneficiario puede estar facultado para acceder a asistencia adicional por medio de un programa de exención de HCBS. Por ejemplo, un beneficiario inscrito en IHSS a través del programa PCSP que necesita horas adicionales puede ser elegible para un programa de exención de Medi-Cal, gestionado por la División de Operaciones Internas del Departamento de Servicios de Salud que proporciona los programas de Exención de Servicios de Cuidado Personal.³¹⁰ Además, los costos incurridos en las horas diarias para necesidades insatisfechas son deducibles del costo compartido (SOC) del beneficiario.³¹¹ Para obtener información adicional acerca de la Exención de Servicios de Cuidado Personal y los programas de exención de Medicaid, remítase al capítulo 3.

4. VIVIENDA COLECTIVA Y PRORRATEO

Una situación de vivienda colectiva puede afectar la asignación de horas de IHSS del beneficiario. A los fines del IHSS, existe una situación de vivienda colectiva cuando uno o más beneficiarios residen en la misma unidad de vivienda con una o más personas, a menos que el beneficiario esté viviendo con su cónyuge capaz y a disposición.³¹² Para obtener más información acerca del cónyuge capaz y a disposición, remítase a la sección 4.3 más adelante.

4.1 Prorrateo

El prorrateo es el proceso de determinación de la necesidad individual del beneficiario que vive con otras personas. El programa IHSS solo abona la parte de los servicios del beneficiario que son comunes a los demás miembros del hogar. Una situación de vivienda colectiva puede afectar los servicios domésticos y de limpieza profunda, los servicios relacionados, la supervisión preventiva, la enseñanza y demostración y la reducción de los peligros en el jardín (en ciertas circunstancias).³¹³ Los servicios de cuidado personal nunca se prorratean.

El prorrateo de la supervisión preventiva es diferente de aquel utilizado para otros servicios, como preparación de comidas, limpieza después de las comidas y otros servicios domésticos o relacionados. Para obtener una explicación detallada acerca de cómo prorratear la supervisión preventiva cuando un proveedor de IHSS presta supervisión preventiva a dos o más beneficiarios que residen en el mismo hogar, consulte la hoja informativa: “Cómo prorratear la supervisión preventiva” publicada por Disability Rights California.³¹⁴

4.2 Efectos de la vivienda colectiva

Si un beneficiario reside con una persona distinta del cónyuge capaz y a disposición, el condado evaluará cómo afecta la situación de vivienda la asignación de horas.³¹⁵ En lo que respecta a los servicios domésticos y limpieza profunda, el condado determinará qué áreas del espacio de vivienda son de uso exclusivo del beneficiario, qué áreas son comunes y qué áreas no utiliza.³¹⁶ Una vez realizada esta determinación, no se pueden evaluar las necesidades en las áreas que el beneficiario no utiliza.³¹⁷ En el caso de las áreas comunes, se prorrateará la necesidad entre todos los miembros del hogar.³¹⁸ En el caso de las áreas de uso exclusivo del beneficiario, la evaluación se basará en la necesidad individual.³¹⁹

Por ejemplo, si dos personas solteras comparten un departamento de dos ambientes y ambas tienen sus propias habitaciones y comparten todos los demás espacios de la vivienda equitativamente, el condado evaluará la necesidad de asistencia para limpiar la habitación del beneficiario, no evaluará la necesidad de horas para la limpieza de la habitación del compañero de piso y prorrateará las necesidades de limpieza para el resto de la vivienda a la mitad, ya que se trata de dos habitantes.

Los servicios relacionados se evalúan de manera en base la medida en que se reduce la necesidad de los servicios por parte del beneficiario debido a que comparte las tareas con los demás habitantes del hogar.³²⁰ Si un compañero de piso no presta el servicio, la evaluación debe basarse únicamente en la necesidad individual del beneficiario.³²¹ Este es un punto importante, ya que si un beneficiario

vive en un hogar en el que las tareas como la preparación de comidas, la limpieza después de las comidas y el lavado de ropa no se comparten, las horas destinadas a estos servicios no debe prorratearse.³²²

Generalmente, la necesidad de reducción de los peligros en el jardín no se evalúa en una situación de vivienda colectiva.³²³ No obstante, se pueden otorgar los servicios de reducción de los peligros en el jardín si los compañeros de piso pertenecen a alguna de las siguientes categorías: (1) el compañero de piso también es un beneficiario de IHSS incapaz de prestar el servicio; (2) el compañero de piso es física o mentalmente incapaz de proporcionar tales servicios; (3) los compañeros de piso son niños menores de catorce años.³²⁴

La necesidad de un beneficiario de recibir servicios de cuidado personal, servicios paramédicos y servicios de traslado debe evaluarse de acuerdo con la necesidad individual del beneficiario y no puede prorratearse sobre la base de una situación de vivienda colectiva.³²⁵

4.3 Cónyuge capaz y a disposición

Cuando un cónyuge es capaz y está a disposición para asistir al beneficiario, se aplican normas especiales. Estas normas especiales se aplicarán en lugar de las normas de situación de vivienda colectiva ya mencionadas.³²⁶ Estas normas se basan en la presunción de que el cónyuge, si es capaz y está a disposición, normalmente asistirá al cónyuge beneficiario con ciertas tareas por estar casado con él. Un cónyuge se considera capaz a menos que presente una verificación médica de su incapacidad para realizar las tareas.³²⁷ Si el cónyuge es capaz, el condado determinará si el empleo, la salud u otras razones inevitables impiden que esté disponible para realizar una tarea.³²⁸

Si el cónyuge es capaz y está a disposición para asistir al beneficiario, el condado no le abonará al cónyuge o a ningún otro proveedor los servicios domésticos, los servicios relacionados, la reducción de peligros en el jardín, la enseñanza y demostración, o la limpieza profunda.³²⁹ Si el cónyuge es capaz, pero no está a disposición, el condado puede pagarle a alguien más para que le preste los servicios al beneficiario durante la ausencia del cónyuge capaz para la preparación de comidas, traslado y supervisión preventiva.³³⁰ Por ejemplo, si un cónyuge trabaja de 9:00 a 5:00 y el beneficiario necesita asistencia con la preparación de comidas, el condado puede pagarle a otra persona para que preste estos servicios durante el almuerzo, pero no durante la cena, cuando el cónyuge ha regresado al hogar.

El cónyuge capaz y a disposición recibirá el pago como proveedor de la

prestación de servicios de cuidado personal y servicios paramédicos.³³¹ Además, si el cónyuge abandona su empleo de tiempo completo o se ve impedido de buscar empleo, puede recibir el pago por la prestación de servicios de supervisión preventiva y traslado.³³² Estas normas pueden reducir significativamente la cantidad de horas evaluadas para un beneficiario casado con un cónyuge capaz y a disposición.

5. EN DETALLE: SUPERVISIÓN PREVENTIVA

Como se ha explicado con anterioridad, la supervisión preventiva es uno de los servicios ofrecidos por el programa IHSS.³³³ Consiste en observar la conducta de un beneficiario e intervenir cuando sea adecuado para evitar lesiones o accidentes.³³⁴ Aunque en algunos aspectos la supervisión preventiva es simplemente un servicio más de los que ofrece IHSS, tiene sus propios criterios de evaluación, y acceder a este servicio puede presentar un desafío para los beneficiarios potencialmente elegibles.

5.1 Elegibilidad de los adultos para la supervisión preventiva

Los beneficiarios de IHSS elegibles para supervisión preventiva son “únicamente personas que no son capaces de autodirigirse, confundidas, con una discapacidad o enfermedad mental”.³³⁵ El condado debe determinar que existe una necesidad de supervisión las 24 horas del día para que un beneficiario permanezca en su hogar.³³⁶ Además, un profesional de la salud debe completar el formulario SOC 821 (Formulario de Servicios Sociales: Evaluación de la necesidad de supervisión preventiva de IHSS) (Assessment of Need for Protective Supervision for IHSS Program)³³⁷ en el que certifique la necesidad de supervisión las 24 horas del beneficiario.³³⁸ La certificación del profesional de la salud no es suficiente en sí misma para autorizar la supervisión preventiva.³³⁹ Para determinar la necesidad de supervisión preventiva, el trabajador social del condado evaluará la memoria, el juicio y la orientación del beneficiario en la escala de tres niveles descrita con anterioridad en la sección 2.4.³⁴⁰ Los beneficiarios elegibles para supervisión preventiva siempre reciben la cantidad máxima de horas disponible: 195 para aquellos que no presenten una discapacidad grave y 283 para aquellos que presenten una discapacidad grave.³⁴¹ En viviendas con dos o más personas que reciben supervisión preventiva, se prorratearán las horas otorgadas siempre que la necesidad pueda satisfacerse en conjunto.³⁴² Las normas que rigen el prorrateo de supervisión preventiva son en extremo complejas y exceden el alcance de este manual, pero se explican de manera detallada en “Cómo prorratear la supervisión preventiva” de Disability Rights California.³⁴³

Para acceder a la supervisión preventiva, el beneficiario debe tener una discapacidad o enfermedad mental **y** no debe ser capaz de autodirigirse.³⁴⁴ Existen dos procesos judiciales, *Marshall v. McMahon*,³⁴⁵ y *Calderon v. Anderson*,³⁴⁶ que dejan en claro que una discapacidad o enfermedad mental en sí misma no es suficiente para autorizar la supervisión preventiva y que deben reunirse requisitos adicionales para calificar para el beneficio.

A los fines de la elegibilidad de la supervisión preventiva, la incapacidad de autodirigirse es “la incapacidad, producida por una discapacidad o enfermedad mental, de las personas para evaluar el peligro y el riesgo de un daño que, por ende, haría probable que se involucraran en actividades potencialmente peligrosas que les puedan causar un daño”.³⁴⁷ Es importante observar que el beneficiario solo necesita tener la *tendencia* a causarse un daño, el condado no puede exigir que el beneficiario se inflija un daño antes de autorizar la supervisión preventiva.³⁴⁸ En efecto, el beneficiario que recibió supervisión preventiva en el pasado pudo haber evitado con éxito incidentes de lesiones pasadas.

Un ejemplo de un beneficiario potencialmente elegible que tiene una discapacidad mental y no se autodirige es un adulto mayor con demencia senil que deambula lejos de su hogar y no sabe cómo regresar. El propósito de aprobar la supervisión preventiva en ese caso sería asegurarse de que el adulto mayor no deambule fuera de la casa y se pierda o se cause un daño. El diagnóstico de demencia senil no es suficiente.

Otro ejemplo de falta de autodirección sería un adulto con una discapacidad cognitiva que enciende la cocina o toma un objeto afilado sin ser consciente del peligro de realizar estas actividades. El propósito de aprobar la supervisión preventiva en ese caso sería asegurar que el beneficiario no se involucre accidentalmente en ese tipo de actividades nocivas y, en su lugar, redirigirlo hacia otras actividades. Nuevamente, el diagnóstico de discapacidad cognitiva no es suficiente.

Además, el beneficiario debe contar con la habilidad física suficiente para involucrarse en conductas nocivas para sí mismo.³⁴⁹ La supervisión preventiva no estará disponible para el beneficiario que no puede movilizarse de manera independiente y, por lo tanto, no puede infligirse un daño. No obstante, un beneficiario que utiliza una silla de ruedas o está postrado en la cama aún puede hacerse daño y debe ser evaluado para supervisión preventiva teniendo en cuenta sus necesidades individuales.³⁵⁰ Además, las adaptaciones o las restricciones, como encerrar bajo llave al beneficiario en una habitación para evitar que deambule, **NO** se considerarán adaptaciones adecuadas.³⁵¹

Finalmente, el condado debe determinar que el beneficiario necesita observación las 24 horas del día para poder permanecer a salvo en su hogar.³⁵² El beneficiario o la persona que lo asiste en la solicitud de la supervisión preventiva debe estar preparado para indicar cómo se observará al beneficiario las 24 horas del día. Además, el beneficiario debe completar el formulario SOC 825 (Plan de Cobertura de Supervisión Preventiva 24 Horas por Día).³⁵³ Como consecuencia de los límites generales de horas por mes de IHSS, no puede autorizarse la supervisión preventiva para una atención de 24 horas al día, con lo cual esta necesidad normalmente se satisface mediante la combinación de servicios como atención médica diurna para adultos, la inscripción en un programa de exención y cuidados voluntarios durante ciertos momentos del día.

Además de estas restricciones, la supervisión preventiva no se encuentra disponible en las cinco situaciones siguientes:

1. Visitas a amigos o actividades sociales.
2. Cuando la necesidad es causada por una afección médica y la persona necesita supervisión médica.
3. Para anticiparse a una emergencia médica.
4. Para controlar un comportamiento antisocial o agresivo.
5. Para protegerse de conductas autodestructivas deliberadas, como el suicidio, o cuando una persona intentó lastimarse intencionalmente.³⁵⁴

La carta a todos los condados n.º 15-25 detalla varios ejemplos específicos de situaciones en las que la conducta del beneficiario recae en una de las categorías enumeradas arriba.³⁵⁵ Si bien en la teoría estas categorías de no elegibilidad pueden parecer fácilmente discernibles de las categorías elegibles, las situaciones más complejas pueden nublar el límite entre unas y otras. Por ejemplo, si el beneficiario presenta discapacidades físicas y mentales, puede ser necesario documentar cuidadosamente cómo la discapacidad mental, y no la física, origina la necesidad de supervisión preventiva.

El caso *Norasingh v. Lightbourne* es ilustrativo.³⁵⁶ En *Norasingh*, una beneficiaria estaba recibiendo supervisión preventiva hasta que el condado realizó una reevaluación y determinó que ya no era elegible.³⁵⁷ La beneficiaria Norasingh sufría de convulsiones epilépticas y de convulsiones psicógenas, sobre las que no tenía control y ocurrían con frecuencia.³⁵⁸ El condado suspendió la supervisión preventiva (entre otras razones) porque estimaba que el servicio había sido otorgado erróneamente como anticipación a una emergencia médica y no debido a la discapacidad o enfermedad mental.³⁵⁹ Al remitir el caso, el tribunal de

apelaciones falló que las convulsiones psicógenas eran de causa mental, no física, y que el proveedor de IHSS de Norasingh la estaba supervisando para evitar lesiones y accidentes durante dichas convulsiones.³⁶⁰ Tal como se observa en este ejemplo, las condiciones detrás de la necesidad de supervisión preventiva pueden ser complejas y puede ser necesario orientar a los profesionales de la salud respecto de los estándares de supervisión preventiva y mostrarle al trabajador social del condado cómo la discapacidad o enfermedad mental del beneficiario afecta sus habilidades funcionales para garantizar el resultado adecuado para el beneficiario.

5.2 Supervisión preventiva y menores

Tanto menores como adultos son elegibles para la supervisión preventiva. Si un menor tiene una discapacidad o enfermedad, el condado debe evaluar las necesidades del beneficiario de acuerdo con la necesidad individual del menor y mediante las mismas normas de supervisión preventiva anteriormente descritas.³⁶¹ La supervisión preventiva no puede autorizarse para sustituir la supervisión o el cuidado infantil diarios.³⁶²

Como parte de la evaluación, el condado seguirá un proceso de cuatro pasos para determinar si el menor es elegible para la supervisión preventiva.³⁶³ Estos pasos se basan en el acuerdo de resolución de *Garrett v. Anderson* y pueden consultarse en la ACL 15-25.³⁶⁴

1. ¿El menor no se autodirige debido a una discapacidad o enfermedad mental?
 - a. Si la respuesta es no, el menor no es elegible para supervisión preventiva.
 - b. Si la respuesta es sí, pase a la pregunta 2.
2. ¿Es probable que el menor se involucre en actividades potencialmente peligrosas?
 - a. Si la respuesta es no, el menor no es elegible para supervisión preventiva.
 - b. Si la respuesta es sí, pase a la pregunta 3.
3. ¿El menor necesita más supervisión que otro de la misma edad que no tiene una discapacidad o enfermedad mental? Más supervisión puede referirse a más tiempo, más intensidad o ambos.
 - a. Si la respuesta es no, el menor no es elegible para supervisión preventiva.
 - b. Si la respuesta es sí, pase a la pregunta 4.

4. ¿El menor necesita supervisión las 24 horas del día para permanecer a salvo en el hogar?
 - a. Si la respuesta es no, el menor no es elegible para supervisión preventiva.
 - b. Si la respuesta es sí, el menor califica o es elegible.³⁶⁵

Si bien la edad de un menor es un punto de referencia para el condado para comparar con las capacidades y limitaciones de otros menores de una edad similar, es inapropiado denegar el acceso únicamente por su edad.³⁶⁶ En reconocimiento de la carencia de más orientación al respecto, el CDSS ha anunciado planes para publicar los reglamentos de la supervisión preventiva, aunque aún no se han estipulado los plazos para dicha publicación.³⁶⁷

Dadas las complejidades de la supervisión preventiva, Disability Rights California tiene otra publicación que puede resultar de utilidad titulada “Supervisión preventiva de los Servicios de Apoyo en el Hogar”.³⁶⁸ Esta publicación contiene información práctica adicional acerca de cómo ser elegible e instrucciones detalladas para obtener una carta del médico de muestra.

Capítulo 4: notas finales

- 240 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300; California Dept. of Social Services Manual of Policies & Procedures (“MPP”) § 30-757 (Brinda información detallada sobre cada servicio ofrecido a través del programa IHSS).
- 241 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(a); MPP § 30-761.12.
- 242 Para obtener más información sobre los recursos alternativos, remítase al capítulo 2.
- 243 Cal. Welf. & Inst. Code § 12309(b).
- 244 MPP § 30-761.13.
- 245 MPP § 30-761.14.
- 246 MPP § 30-761.26.
- 247 MPP § 30-761.26.
- 248 MPP § 30-761.211.
- 249 MPP § 30-771.2 define la ceguera como una persona que “tiene una agudeza visual central de 20/200 o menor en el ojo con el que ve mejor con un lente de corrección” o que “es ciega según la definición del plan estatal aprobado bajo Título 10 en vigor en octubre de 1972 y que recibió asistencia de dicho plan por ceguera en diciembre de 1973, siempre y cuando siga reuniendo los criterios de la definición”.
- 250 MPP § 30-755.11 establece que “una persona que es elegible para IHSS es residente de California, vive en su propia casa, y reúne las siguientes condiciones: (1) recibe beneficios del SSI/SSP en la actualidad; (2) reúne todos los criterios de elegibilidad del SSI/SSP, lo cual incluye ingresos, pero no recibe beneficios del SSI/SSP; (3) cumple con todos los criterios de elegibilidad del SSI/SSP, excepto los ingresos, que superan las normas de elegibilidad del SSI/SSP, o los criterios migratorios, y cumple con las obligaciones del costo compartido aplicable; o (4) alguna vez fue elegible para los beneficios del SSI/SSP, pero se tornó no elegible porque se involucró en una actividad sustancial y lucrativa, y cumple con todas las condiciones enumeradas a continuación: (a) la persona presenta una discapacidad determinada conforme al Título 16 de la Ley del Seguro Social, (b) la persona continua presentando las discapacidades físicas o mentales sobre las que se determinó la discapacidad; (c) la persona requiere asistencia en una o más de las áreas especificadas en la definición de “personas con discapacidad grave” en el artículo 30-753; y (d) la

persona cumple con las obligaciones aplicables del costo compartido.

251MPP § 30-759.8

252Íd.

253MPP § 755.12. Los únicos dos servicios que pueden autorizarse antes de que el beneficiario regrese a su hogar son la reducción de los peligros en el jardín y la limpieza profunda. Estos servicios se autorizan para asegurar que el hogar del beneficiario sea seguro para su regreso.

254Íd.; Carta a todos los condados (ACL) n.º 02-68 (30 de agosto de 2002), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl02/pdf/02-68.pdf>; Notificación de información para todos los condados (ACIN) n.º I-43-06 (8 de junio de 2006), disponible en http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acin06/pdf/I-43_06.pdf. La ACIN n.º I-43-06 se emitió como resultado de una orden judicial del Tribunal Superior de Justicia interpuesta por Disability Rights California.

255Íd.

256MPP § 30-761.2.

257MPP § 30-761.215.

258Íd.

259MPP § 30-761.216.

260Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.1(a); MPP § 30-760.2.

261MPP § 30-756.1.

262Íd.

263MPP § 30-756.11.

264MPP § 30-756.11.

265Íd.

266MPP § 30-756.12.

267MPP § 30-756.13.

268MPP § 30-756.14.

269MPP § 30-756.15.

270MPP § 30-756.3.

271 Íd.

272MPP § 30-756.2; MPP § 30-780(b).

273MPP § 30-756.35.

274 Íd.

275MPP § 30-756.4

276Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.2; MPP § 30-757.1(a); ACIN I-82-17 (5 de diciembre de 2017), disponible en http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACIN/2017/I-82_17.pdf?ver=2017-12-08-145619-190; ACL 06-34 (31 de agosto de 2006), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl06/pdf/06-34.pdf>; ACIN I-06-34 Errata 2 (4 de mayo de 2007), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl06/pdf/06-34E2.pdf>.

277MPP § 30-757.1(a).

278MPP § 30-757.1(a)(1).

279Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.2; MPP § 30-757.1(a).

280MPP § 30-757-.131(a).

281ACIN I-82-17 (5 de diciembre de 2017), disponible en http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACIN/2017/I-82_17.pdf?ver=2017-12-08-145619-190.

282 Íd.

283MPP § 30-757.1(a).

284MPP § 30-757.1(a)(3).

285 Íd.

286MPP § 30-757.1(a)(6).

287MPP § 30-757.1(a)(4).

- 288 Puede consultar el acuerdo de resolución completo en la ACIN I-18-13 (5 de abril de 2013), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acin/2013/I-18-13.pdf>.
- 289 El 8 % de la reducción se codificó como Código de Bienestar e Instituciones § 12301.01. Estaba en vigencia un recorte del 3,6 %, con lo cual el acuerdo de resolución agregó un 4,4 % adicional al recorte existente para completar la reducción del 8 %.
- 290 Ítem 5180-111-0001(6) de la sección 2 de SB 97; ACL n.º 15-57 (29 de junio de 2015), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2015/15-57.pdf>.
- 291 Resumen de Presupuesto de Servicios Humanos y de Salud, pág. 4, disponible en <http://www.ebudget.ca.gov/2016-17/pdf/Enacted/BudgetSummary/HealthandHumanServices.pdf>.
- 292 Cal. Welf. & Inst. Code §§ 12303.4(a); 12300(h)(3); MPP § 30-757.1(a)(4).
- 293 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.95(g); MPP § 30-780.2(b).
- 294 Cal. Welf. & Inst. Code § 12304; MPP § 30-701(s)(1).
- 295 Cal. Welf. & Inst. Code § 12303.4(a).
- 296 MPP § 30-761.271.
- 297 MPP § 30-769.731.
- 298 Cal. Welf. & Inst. Code § 12304(a); MPP § 30-701(d)(3).
- 299 Cal. Welf. & Inst. Code § 12304(a).
- 300 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.95(k)(2); MPP § 30-780.3(4). Aunque esto pueda sonar como un problema, si un beneficiario necesita acceder al pago por adelantado, se le asigna uno de los programas que lo permiten.
- 301 ACIN I-29-18 (16 de mayo de 2018), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACIN/2018/ACIN%20I-29-18.pdf?ver=2018-05-17-141015-830>.
- 302 MPP § 30-769.737.
- 303 ACIN I-29-18 (16 de mayo de 2018).
- 304 MPP § 30-768.213.
- 305 MPP § 30-768.21.

306MPP § 30-761.274, ACL 13-66 (30 de septiembre de 2013), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2013/13-66.pdf>.

307 Solo los servicios de supervisión no preventiva que superen el máximo legal se consideran una necesidad insatisfecha. La supervisión preventiva, que exige que el beneficiario tenga una necesidad de cuidado las 24 horas del día, debería constituir siempre una necesidad insatisfecha por definición . Consulte el MPP § 30-757.173; ACL 13-66 (30 de septiembre de 2013), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2013/13-66.pdf>.

308 Íd.

309 Cal. Welf. & Inst. Code §§ 12301.01(a)(4) (reducciones del 8 %); 12301.02(a)(4) (reducciones del 7 %).

310 Cal. Welf. & Inst. Code § 14132.97; Carta a todos los condados n.º 03-24 (30 de mayo de 2003), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl03/pdf/03-24.pdf>.

311 La reducción puede aplicarse ya sea para alcanzar el costo compartido en el mes en el que se incurrió en el gasto, o si el beneficiario aún es financieramente responsable por el pago de los gastos y se cumplen los lineamientos de *Hunt v. Kizer*, en los meses venideros. Conforme a la orden judicial de *Hunt v. Kizer*, las personas pueden solicitar facturas médicas de meses anteriores (facturas médicas antiguas) para el costo compartido del mes actual, siempre que estas antiguas facturas médicas no hayan sido abonadas al momento en que fueron presentadas ante el condado. Pueden usarse informes de la tarjeta de crédito o de la compañía de cobros como evidencia de gastos médicos. 22 CCR § 5064. *Consulte también*, ACWDL 15-02 (12 de enero de 2015), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2015/15-02.pdf>.

312 MPP § 30-701(s)(2).

313 MPP § 30-763.31-.34.

314 En <https://www.disabilityrightsca.org/publications/how-to-prorate-protective-supervision>. La publicación de referencia analiza el prorrateo de la supervisión preventiva únicamente, no incluye las demás categorías que deben prorratearse al existir una situación de vivienda colectiva.

315 MPP § 30-763-.3.

316 MPP § 30-763.31.

317 MPP § 30-763.312.

318 MPP § 30-763.313.

319 MPP § 30-763.314.

320 MPP § 30-763.321.

321 MPP § 30-763.322.

322 Íd.

323 MPP § 30-763.352.

324 Íd.

325 MPP § 30-763.351.

326 MPP § 30-763.4.

327 MPP § 30-763.411.

328 MPP § 30-763.412.

329MPP § 30-763.413.

330MPP § 30-763.414.

331MPP § 30-763.415.

332MPP § 30-763.416.

333Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(b).

334MPP § 30-757.17.

335MPP § 30-757.171.

336MPP § 30-757.173(a).

337Puede encontrar el formulario SOC 821 en

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC821.PDF>.

338Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.21; MPP § 30-757.173(a)(1).

339MPP § 30-757.173(a)(3).

340MPP § 30-756.372.

341Cal. Welf. & Inst. Code § 12303.4; ACIN I-27-11 (16 de mayo de 2011), Adjunto B para IHSS-R, PCSP, e IPO, disponible en

http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acin/2011/I-27_11.pdf; ACL

14-60 (29 de agosto de 2014) para CFCO, disponible en

<http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf>.

342MPP § 30-763.33.

343Disability Rights California, “Cómo prorratear la supervisión preventiva”, disponible en <https://www.disabilityrightsca.org/publications/how-to-prorate-protective-supervision>.

344MPP § 30-757.171; ACL 15-25 (19 de marzo de 2015), disponible en

<http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2015/15-25.pdf>.

345*Marshall v. McMahon*, (1993) 17 Cal.App. 4th 1841.

346*Calderon v. Anderson*, (1996) 45 Cal.App. 4th 607.

347ACL 15-25 (19 de marzo de 2015), disponible en

<http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2015/15-25.pdf>.

348Íd.

349 *Calderon v. Anderson*, 45 Cal.App. 4th 607; Carta a todos los condados n.º 15-25 (19 de marzo de 2015).

350 ACL 15-25 (19 de marzo de 2015).

351 ACL 17-95 (12 de septiembre de 2017), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2017/17-95.pdf?ver=2017-09-14-113431-017>.

352 MPP § 30-757.173.

353 Puede encontrar el formulario SOC 825 en

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/soc825.pdf>.

354 MPP § 30-757.172.

355 ACL 15-25 (jueves, 19 de marzo de 2015).

356 *Norasingh v. Lightbourne*, (2014) 229 Cal. App. 4th 740.

357 Íd. en 748.

358 Íd. en 747.

359 Íd. en 748.

360 Íd. en 758.

361 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(d)(4); MPP § 30-763.456; ACL 98-87 (30 de octubre de 1998), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl98/98-87.PDF>; ACL 15-25.

362 Íd.

363 ACL 15-25 (jueves, 19 de marzo de 2015).

364 Íd. Consulte también ACL 98-87 (30 de octubre de 1998), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl98/98-87.PDF>.

365 ACL 15-25 (jueves, 19 de marzo de 2015).

366 ACL 98-87 (30 de octubre de 1998), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl98/98-87.PDF>.

367ACL 15-25 (jueves, 19 de marzo de 2015).

368Disability Rights California, “Supervisión preventiva de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)”, (1 de diciembre de 2017), disponible en <https://www.disabilityrightsca.org/publications/in-home-supportive-services-protective-supervision>.

Capítulo 5: Tipos de servicios

Este capítulo le brindará una descripción detallada de los servicios disponibles a través el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS).

1. TIPOS DE SERVICIOS

Existen nueve categorías distintas de servicios disponibles a través del programa IHSS, que incluyen: servicios domésticos, limpieza profunda, servicios relacionados, cuidado personal, acompañamiento a consultas médicas, reducción de los peligros en el jardín, enseñanza y demostración, servicios paramédicos y supervisión preventiva.³⁶⁹ La ley estatal autoriza tipos específicos de servicios dentro de las categorías de cuidado personal y servicios domésticos y relacionados.³⁷⁰ A continuación se proporciona una descripción de cada categoría.

No todos los beneficiarios de IHSS reciben los mismos tipos de servicios. El Estado busca que cada servicio específico se ofrezca de manera uniforme en todos los condados de acuerdo con la necesidad de la persona.³⁷¹ A este fin, se le exige a todos los condados que utilicen una herramienta universal de evaluación de las necesidades.³⁷² El trabajador social visitará el hogar del beneficiario para realizar la evaluación con esta herramienta.³⁷³ Cada solicitante y beneficiario recibe un puntaje de nivel funcional, que se analiza en detalle en la sección titulada “Horas y necesidad” más adelante. La evaluación del trabajador social sienta las bases para los tipos de servicios y la cantidad de horas por servicio que recibe cada beneficiario.

Se asigna a los beneficiarios cada servicio autorizado en décimos de hora por semana. Esto significa que un beneficiario al que se le autorizan 0,8 horas por semana de preparación de comidas, se le autorizan 48 minutos por semana. En un intento de estandarizar la asignación de horas para cada beneficiario por parte de los condados, los reglamentos del estado autorizan un rango de horas para ciertos servicios y ese rango se relaciona con el puntaje del índice funcional del beneficiario.³⁷⁴ El rango de horas autorizado por estas pautas de tiempo por tarea (HTG) se incluye en la descripción de cada servicio, junto con una explicación acerca de cómo funcionan las excepciones a las HTG. Además, el apéndice B contiene una tabla con los servicios específicos, los índices funcionales y las HTG.

1.1 Servicios domésticos

Los servicios domésticos incluyen una amplia variedad de tareas del hogar, como por ejemplo: barrer, pasar la aspiradora, lavar y encerar los pisos; limpiar encimeras y fregaderos de la cocina; limpiar el baño; almacenar alimentos y provisiones; sacar la basura; limpiar el polvo y recoger; limpiar el horno y la cocina;

limpiar y descongelar el refrigerador; entrar combustible de un recipiente ubicado en el jardín para la calefacción o para cocinar; cambiar la ropa de cama; cambiar las bombillas de luz; limpiar la silla de ruedas y cargar o recargar las baterías de la silla de ruedas.³⁷⁵ Los servicios domésticos son distintos de los servicios relacionados que se describen más adelante. Por lo general, los servicios domésticos se autorizan por seis horas por mes, y normalmente las evaluaciones no son individualizadas. Sin embargo, de ser necesario, el trabajador social puede autorizar una excepción.³⁷⁶ En las situaciones de vivienda compartida, los servicios domésticos pueden prorratearse.³⁷⁷ El prorrateo se analiza con mayor detalle en el capítulo 4. Los niños menores de 18 años no son elegibles para recibir servicios domésticos.³⁷⁸

1.2 Limpieza profunda

La limpieza profunda incluye la limpieza exhaustiva del hogar para remover todo escombros o tierra que pueda ser peligroso, como arrojar grandes cantidades de basura en un contenedor.³⁷⁹ La limpieza profunda puede autorizarse únicamente al momento en el que se accede a IHSS o tras un período de al menos 12 meses.³⁸⁰ El trabajador social tiene la autoridad para aprobar el servicio si las condiciones de vida del beneficiario presentan una amenaza para su seguridad o si existe un riesgo de desalojo por no haber preparado su hogar para una fumigación como la ley u ordenanza lo exige.³⁸¹

1.3 Servicios relacionados

Los servicios relacionados incluyen los siguientes: lavado de ropa, compras y mandados, preparación de comidas y limpieza después de las comidas. Cada uno de estos servicios se evalúa de manera individual y se le asigna una cantidad específica de tiempo.

Lavado de ropa

El lavado de ropa incluye tareas tales como: obtener acceso a las lavadoras; clasificar la ropa para lavar; manipular los recipientes de jabón; colocar la ropa dentro de la lavadora; maniobrar la ropa húmeda; operar los controles de la lavadora; colgar la ropa para que se seque; doblar y clasificar la ropa limpia; remendar y planchar.³⁸² Se puede autorizar 1 hora por vivienda por semana para los servicios de lavado de ropa si el beneficiario cuenta con las instalaciones en el hogar.³⁸³ La guía del CDSS expresa con claridad que los proveedores deben realizar otras tareas para el beneficiario mientras se lava y se seca la ropa.³⁸⁴ Si las instalaciones para el lavado de ropa están fuera del hogar, pueden autorizarse 1,5 horas por semana por vivienda.³⁸⁵ De ser necesario, el condado puede contemplar excepciones por encima de lo estipulado en la guía, incluso si el beneficiario es

incontinente.³⁸⁶

Limpieza después de las comidas

La limpieza después de las comidas incluye tareas tales como: cargar y descargar el lavaplatos; lavar, enjuagar y secar los platos, las ollas, las sartenes, los utensilios y los aparatos de cocina y guardarlos; almacenar/guardar las sobras; limpiar mesas, encimeras, cocina/horno y fregaderos; y lavarse/secarse las manos.³⁸⁷ Se pueden autorizar 1,17 y 3,5 horas por semana para la limpieza después de las comidas, según el nivel de necesidad del beneficiario.³⁸⁸ De ser necesario, el condado puede autorizar excepciones por encima o por debajo de lo estipulado por la guía.³⁸⁹ Es importante observar que la limpieza después de las comidas no incluye la limpieza general del refrigerador, la cocina o el horno, las encimeras ni los fregaderos. Estos servicios se evalúan en “servicios domésticos”.³⁹⁰

Preparación de las comidas

La preparación de las comidas incluye tareas tales como: planificar menús; sacar comida del refrigerador o de la despensa; lavarse/secarse las manos antes y después de preparar la comida; lavar, pelar y rebanar vegetales; abrir paquetes, latas y bolsas; medir y mezclar ingredientes; levantar ollas y sartenes; quitarle la grasa a la carne; recalentar comida; cocinar y operar la cocina de manera segura; poner la mesa; servir las comidas; pisar la comida; y cortar la comida en trozos del tamaño de un bocado.³⁹¹ Se pueden autorizar entre 3,02 y 7 horas por semana para la preparación de comida.³⁹² De ser necesario, el condado puede contemplar excepciones, por encima y por debajo de la guía, incluso cuando el beneficiario necesite que se le pise la comida o se la corte en trozos del tamaño de un bocado, o cuando necesite comidas con mayor frecuencia.³⁹³

Asignación de alimentos en un restaurante

La asignación de alimentos en un restaurante es un beneficio de dinero en efectivo que se le puede otorgar a una persona que cuenta con una instalación de cocina adecuada en su hogar, pero cuya discapacidad le impide utilizarla, y elige recibir una asignación de alimentos en un restaurante en lugar de recibir los servicios de preparación de comidas, limpieza después de las comidas y compra de alimentos.³⁹⁴ Si el beneficiario no cuenta con una instalación de cocina adecuada, se lo derivará al programa SSI/SSP.³⁹⁵ Es importante observar que los servicios del PCSP no incluyen esta asignación.³⁹⁶ Si el beneficiario necesita este servicio, se le asignará un programa sin PCSP, como CFCO o IHSS Plus Opciones.³⁹⁷

Si una persona elige la asignación de alimentos en un restaurante, recibirá \$62

por mes.³⁹⁸ Una pareja recibirá \$124 por mes.³⁹⁹ Dicha asignación se deduce del máximo legal de horas de servicio por mes, que se calcula multiplicando el máximo legal de horas de servicio por el salario del condado, restando de este producto la asignación de alimentos en un restaurante y dividiendo el restante por la tarifa de salario por hora del condado.⁴⁰⁰ Si un beneficiario recibe una asignación de alimentos en un restaurante como parte de su beneficio de SSP, no puede recibir una asignación de alimentos en un restaurante de IHSS.⁴⁰¹

Compras y mandados

La categoría de compras y mandados incluye las siguientes tareas: confeccionar listas de compras y mandados; ir a la tienda y volver; inclinarse, alcanzar, levantar y manejar el carrito o canasto de compras; identificar los artículos necesarios; llevar los artículos al hogar y guardarlos; llamar por teléfono y recoger recetas; y comprar ropa.⁴⁰² Puede autorizarse 1 hora por semana por vivienda para las compras de comida⁴⁰³ y 0,5 horas por semana por vivienda para otras compras y mandados.⁴⁰⁴ De ser necesario, el condado puede autorizar excepciones por encima del rango estipulado por la guía del condado.⁴⁰⁵ El condado no autorizará tiempo adicional para que el beneficiario acompañe al proveedor a hacer los mandados.⁴⁰⁶

1.4 Servicios de cuidado personal

Los servicios de cuidado personal incluyen las siguientes actividades: ambulación, baño, higiene bucal y aseo, baño en cama de rutina, cuidado de los intestinos y la vejiga, vestimenta, cambio de posición, cuidado menstrual, alimentación, asistencia para respirar, asistencia con dispositivos prostéticos y asistencia con la autoadministración de los medicamentos.⁴⁰⁷ No todos los beneficiarios necesitarán o recibirán el mismo tipo de cuidado personal. Cada uno de estos servicios se evalúa de manera individual y se le asigna una cantidad específica de tiempo. Al evaluar el tiempo asignado para los servicios de cuidado personal, el condado debe considerar precauciones universales, como el lavado de manos.⁴⁰⁸ Al igual que con otros servicios, se pueden aprobar excepciones por debajo o por encima de las HTG siempre y cuando la necesidad del beneficiario las justifique.

Ambulación

La ambulación incluye las siguientes tareas: asistir al beneficiario al caminar o trasladarse dentro del hogar, lo que incluye traslado hacia y desde el baño; subir o bajar escaleras; mover y retirar dispositivos de ayuda, como un bastón, un caminador, una silla de ruedas, etc. y lavarse/secarse las manos antes y después de realizar estas tareas.⁴⁰⁹ La ambulación también incluye ayuda para ir y volver

desde la puerta principal hasta el automóvil (incluido subir al automóvil y bajarse) para acompañamiento médico o cualquier otro tipo de traslado a recursos alternativos.⁴¹⁰ Pueden autorizarse entre 0,58 y 3,50 horas para el servicio de ambulación según el grado de necesidad del beneficiario.⁴¹¹

Baño, higiene bucal y aseo

El baño incluye las siguientes tareas: higienizar el cuerpo en una bañera o ducha; obtener el agua y los suministros y guardarlos; abrir y cerrar los grifos y regular la temperatura del agua; ayuda para entrar a la bañera o ducha y salir; ayuda para lavar, enjuagar, secar, poner loción, talco, desodorante en todas las partes del cuerpo; y lavarse y secarse las manos.⁴¹²

La higiene bucal incluye las siguientes tareas: aplicar la pasta dental, cepillarse los dientes, enjuagarse la boca, cuidar las dentaduras postizas, limpiarse con hilo dental y lavarse y secarse las manos.⁴¹³

El aseo incluye las siguientes tareas: peinar o cepillar el cabello, recortar el cabello del beneficiario cuando no puede ir al barbero o a la peluquería; lavar con champú y acondicionador y secar el cabello; afeitarse; cuidar las uñas de las manos y los pies cuando estos servicios no se evalúan como servicios “paramédicos” para el beneficiario; y lavarse y secarse las manos.⁴¹⁴

Pueden autorizarse entre 0,5 y 5,1 horas para los servicios de baño, higiene bucal y aseo según el grado de necesidad del beneficiario.⁴¹⁵ Es importante observar que la categoría de baño, higiene bucal y aseo no incluye el traslado hacia y desde el baño, que se evalúa en la categoría de movilidad en los servicios de ambulación.⁴¹⁶

Baño en cama de rutina

El baño en cama de rutina incluye las siguientes tareas: limpiar la palangana u otros materiales utilizados para los baños de esponja en la cama y guardarlos; obtener agua y suministros; lavar, enjuagar y secar el cuerpo; poner loción, talco, y desodorante; y lavarse/secarse las manos antes y después del baño.⁴¹⁷ Pueden autorizarse entre 0,5 y 3,5 horas por semana para el servicio de baño en cama de rutina según el grado de necesidad del beneficiario.⁴¹⁸

Cuidado de los intestinos y la vejiga

El cuidado de los intestinos y la vejiga incluye las siguientes tareas: ayudar a la persona a usar, vaciar y lavar los bacines/sillas con orinales, orinales, ostomía, enemas o receptáculos para catéter; colocar pañales; posicionar a la persona para el cambio de pañales; manipular la ropa; cambiar las almohadillas de contención

desechables; ponerse y sacarse guantes desechables; limpiar al beneficiario luego de ir al baño; ayudar al beneficiario a sentarse en el retrete o en la silla con orinal y levantarse; y lavarse/secarse las manos.⁴¹⁹ Pueden autorizarse entre 0,58 y 8 horas para los servicios de cuidado de los intestinos y la vejiga según el grado de necesidad del beneficiario.⁴²⁰ Es importante observar que el cuidado de los intestinos y la vejiga no incluye la inserción de enemas, catéteres, supositorios, estimulación digital como parte del programa de cuidado de intestinos o colostomía. Estas tareas se evalúan en la categoría de servicios paramédicos.⁴²¹

Ayuda con los dispositivos prostéticos y su cuidado y la autoadministración de medicamentos

La ayuda con dispositivos prostéticos y su cuidado incluyen las siguientes tareas: poner/sacar, mantener y limpiar los dispositivos prostéticos, las ayudas ópticas/audífonos; y lavarse/secarse las manos antes y después de realizar estas tareas.⁴²²

La ayuda con la autoadministración de medicamentos incluye las siguientes tareas: recordarle al beneficiario que tome los medicamentos recetados o de venta libre y preparar los organizadores de pastillas.⁴²³ Toda administración directa de medicación, incluidas las inyecciones, corresponde a la categoría de servicios paramédicos.

Pueden autorizarse entre 0,47 y 1,12 horas por semana para la ayuda con los dispositivos prostéticos y su cuidado, y la autoadministración de medicamentos.⁴²⁴ Los índices funcionales no se aplican en este servicio.⁴²⁵ El condado debe considerar una serie de factores para determinar el tiempo, como la cantidad y la frecuencia de la toma de medicamentos, preparaciones especiales requeridas, cantidad de dispositivos prostéticos, la independencia del beneficiario y su conducta, tanto positiva como negativa.⁴²⁶

Vestirse y desvestirse

Vestirse y desvestirse incluye las siguientes tareas: lavarse/secarse las manos; ponerse/sacarse, abrochar/desabrochar, abotonar y desabotonar, subir y bajar cremalleras, y atarse y desatarse prendas, ropa interior, corsés, calcetas elásticas y aparatos ortopédicos; cambiarse la ropa sucia; y alcanzarle herramientas al beneficiario para ayudarlo a que se vista por sí mismo.⁴²⁷ Pueden autorizarse entre 0,56 y 3,50 horas por semana para los servicios para vestirse y desvestirse.⁴²⁸

Servicios de alimentación

Los servicios de alimentación incluyen las siguientes tareas: asistir con el consumo de alimentos y asegurar la ingesta de líquidos adecuada, lo que consiste en brindar asistencia para comer o asistencia relacionada a los beneficiarios que no pueden alimentarse por sí mismos o necesitan asistencia con dispositivos especiales para comer por sus propios medios o para beber la cantidad adecuada de líquido.⁴²⁹ Incluye ayudar a alcanzar, recoger y tomar los cubiertos y el vaso; limpiarse la cara y las manos; y lavarse/secarse las manos.⁴³⁰ Pueden autorizarse entre 0,7 y 9,33 horas por semana para los servicios de alimentación.⁴³¹ Es importante observar que estos servicios no incluyen cortar la comida en bocados o pisarla hasta hacerla puré, ya que estas tareas se evalúan en los servicios de preparación de las comidas.⁴³²

Servicios de cuidado menstrual

Los servicios de cuidado menstrual incluyen: aplicar apósitos sanitarios externos, realizar la limpieza externa y posicionar a la persona para los cambios de apósito sanitario, utilizar o desechar las almohadillas de contención, manipular la ropa, limpiar el cuerpo, y lavarse/secarse las manos.⁴³³ En la evaluación del cuidado menstrual, quizá se deba evaluar un tiempo adicional en las demás categorías de servicio como lavado de ropa, vestimenta, tareas domésticas, baño, higiene bucal y aseo.⁴³⁴ Pueden autorizarse entre 0,28 y 0,80 horas semanales para los servicios de cuidado menstrual.⁴³⁵

Es importante observar que si un beneficiario utiliza pañales, no debería necesitar tiempo para cuidado menstrual, y, de necesitar horas, se podría evaluar un tiempo adicional en la categoría de cuidado de los intestinos y la vejiga.⁴³⁶

Servicios de cambios de posición y masajes en la piel

Los servicios de cambios de posición y masajes en la piel incluyen las siguientes tareas: masajear la piel para estimular la circulación o evitar el agrietamiento; dar vuelta al beneficiario en la cama y otros tipos de cambios de posición; y hacer ejercicios de amplitud de movimiento si se reúnen criterios específicos.⁴³⁷ Estos criterios incluyen la supervisión general de los ejercicios que se le han enseñado al beneficiario y terapia de mantenimiento cuando no se precise el conocimiento y el discernimiento de un terapeuta.⁴³⁸ Pueden autorizarse entre 0,75 y 2,80 horas por semana para los servicios de cambio de posición y masajes en la piel.⁴³⁹

Los servicios de cambio de posición y masajes en la piel no incluyen el cuidado

de las escaras. El cuidado de la piel y las heridas se evalúa como parte de la categoría de servicios paramédicos; y la instalación y el monitoreo del equipo para los tratamientos ultravioleta de las escaras y/o la aplicación de crema medicinal se evalúa como parte del cuidado y asistencia con dispositivos prostéticos.⁴⁴⁰

Servicios de respiración

Los servicios de respiración incluyen tareas como: ayudar con la autoadministración de oxígeno y limpiar el equipo de oxígeno y los equipos de respiración con presión positiva intermitente (RPPI).⁴⁴¹ Todas las tareas aprobadas que correspondan a la categoría de servicios de respiración están restringidas a servicios no médicos.⁴⁴² No existe un rango orientativo de horas para los servicios de respiración.

Servicios de traslado

Los servicios de traslado incluyen: la ayuda para cambiar de posición estando de pie, sentado o en posición boca abajo, o cambiar un equipo o mueble por otro. Esto incluye el traslado desde una cama, silla, sillón, silla de ruedas, andador, o todo otro dispositivo de ayuda generalmente dentro de la misma habitación.⁴⁴³ Pueden autorizarse entre 0,50 y 3,50 horas por semana para los servicios de traslado.⁴⁴⁴ Es importante observar que los servicios de traslado no incluyen ayudar al beneficiario a sentarse en el retrete y levantarse, que se evalúa como parte del cuidado de los intestinos y la vejiga.⁴⁴⁵ El cambio de posición para evitar el agrietamiento y estimular la circulación se evalúa en la categoría de cambios de posición y masajes en la piel.⁴⁴⁶

1.5 Servicios paramédicos

Los servicios paramédicos incluyen: administración de medicamentos, punciones en la piel, inserciones de un dispositivo médico en un orificio del cuerpo, actividades que requieran de procedimientos de esterilización y otras actividades que necesiten la opinión capacitada de un profesional de la salud.⁴⁴⁷ El Manual de Políticas y Procedimientos brinda ejemplos específicos de tareas que pueden administrarse como servicios paramédicos, que incluyen: cuidados por traqueotomía y procedimiento de aspiración,⁴⁴⁸ alimentación por sonda,⁴⁴⁹ cuidados de la piel y las heridas,⁴⁵⁰ colocación de catéteres,⁴⁵¹ e irrigación de la ostomía y programa intestinal.⁴⁵² El CDSS ha emitido una propuesta de reglamento relacionado con los servicios paramédicos que puede afectar la información de este manual. Los defensores deben verificar que toda la información citada siga siendo precisa.

Los servicios paramédicos son tareas de especialización que, dada la condición física o mental del beneficiario, son necesarias para mantener su salud.⁴⁵³ A diferencia de otros servicios IHSS, los servicios paramédicos se brindan únicamente por prescripción del profesional de la salud matriculado del beneficiario⁴⁵⁴ y se llevan a cabo conforme a las indicaciones de dicho profesional.⁴⁵⁵

El tiempo asignado para los servicios paramédicos se basa en la cantidad de tiempo indicada por el profesional de la salud.⁴⁵⁶ Para autorizar servicios paramédicos, el condado debe tener una orden fechada y firmada por un profesional de la salud matriculado.⁴⁵⁷ La orden debe incluir una declaración firmada de consentimiento informado que exprese que se le han informado a la persona los riesgos potenciales que pueden surgir a partir de la prestación de los servicios.⁴⁵⁸ Una vez que se ha presentado la documentación necesaria ante el condado y que se aprobaron los servicios paramédicos como parte de las tareas aprobadas de IHSS, quien presta los servicios requeridos es el mismo proveedor que habitualmente presta los servicios IHSS por la misma tarifa por hora que los servicios regulares de IHSS.⁴⁵⁹

CONSEJO ÚTIL: Les aconsejamos a los beneficiarios o sus representantes autorizados que contacten a su médico directamente y le expliquen lo que necesitan; no permitan que el condado se encargue y consulte al médico en su lugar. Si el beneficiario cuenta con un especialista, debe estar involucrado, en lugar de un médico de cabecera que quizás no comprenda lo que el especialista hace para cada servicio paramédico. Es vital verificar que el médico haya incluido el tiempo suficiente para completar un servicio, desde la preparación hasta la limpieza, e incluso el mantenimiento de registros, como el control de diabetes y la administración de inyecciones.

1.6 Supervisión preventiva

La supervisión preventiva es una categoría distintiva del servicio IHSS. A diferencia de los demás servicios, que se basan en tareas, la supervisión preventiva consiste en observar la conducta del beneficiario e intervenir según corresponda para protegerlo de lesiones, peligros o accidentes.⁴⁶⁰ Está disponible únicamente para personas incapaces de autodirigirse, confundidas, con una discapacidad o enfermedad mental.⁴⁶¹ Dadas las complejidades de las normas, los reglamentos y la jurisprudencia que rodean la supervisión preventiva, se la analiza en mayor profundidad en la sección 5 del capítulo 4.

1.7 Servicios misceláneos

Servicios de enseñanza y demostración

Los proveedores de IHSS prestan servicios de enseñanza y demostración para que los beneficiarios puedan realizar por sí mismos los servicios que reciben de IHSS en la actualidad.⁴⁶² Los servicios de enseñanza y demostración se limitan a la instrucción en aquellas tareas que pertenecen a las categorías de servicios domésticos, relacionados, de cuidado personal y de reducción de peligros en el jardín.⁴⁶³ Por ejemplo, si un beneficiario desea aprender a lavar la ropa y tiene las habilidades necesarias para hacerlo de manera efectiva y segura, se puede autorizar tiempo para que un proveedor le enseñe a realizar la tarea.⁴⁶⁴ Sin embargo, los servicios de enseñanza y demostración se autorizarán por un plazo menor a tres meses y solo cuando exista una expectativa razonable de reducción de la necesidad de un servicio IHSS específico como resultado de dichos servicios.⁴⁶⁵ El servicio de enseñanza y demostración lo presta el proveedor de IHSS del beneficiario por la misma tarifa que los demás servicios.⁴⁶⁶ Dentro de los siete meses posteriores a la finalización de esta tarea, un trabajador social realizará un seguimiento del beneficiario para evaluar los resultados de la enseñanza y demostración.⁴⁶⁷

Acompañamiento a consultas médicas y establecimientos de recursos alternativos

El acompañamiento a consultas médicas y sitios de recursos alternativos es un servicio admisible cuando el beneficiario requiere de la ayuda del proveedor con otras tareas aprobadas por IHSS durante el traslado o en el lugar de destino.⁴⁶⁸ Los servicios no se autorizarán únicamente para satisfacer una necesidad de traslado.⁴⁶⁹ Medi-Cal ofrece un beneficio aparte de traslado médico que no sea de urgencia (NEMT). Si el beneficiario recibe ese beneficio para la misma consulta, no es elegible para los servicios de acompañamiento de IHSS.⁴⁷⁰

Cuando el beneficiario debe trasladarse a una consulta médica y necesita la ayuda del proveedor para llevar a cabo el traslado, el proveedor puede ser elegible para recibir un pago por el tiempo de espera asociado al acompañamiento médico.⁴⁷¹ Hay dos tipos de tiempo de espera: uno es de tipo compensable, denominado “tiempo de espera en servicio”, y el otro es de tipo no compensable y se denomina “tiempo de espera fuera de servicio”.⁴⁷²

TIEMPO DE ESPERA en servicio se refiere a períodos de tiempo impredecibles, generalmente de corta duración, durante los cuales un proveedor no puede disponer de su tiempo efectivamente ni usarlo para fines propios.⁴⁷³ Durante los

períodos en los que el proveedor esté en tiempo de espera en servicio, puede no estar prestando los servicios autorizados de manera activa, pero aun así no puede usar su tiempo para fines propios porque, en cualquier momento, el beneficiario puede llamarlo para que comience a prestar los servicios. El beneficiario debe recibir horas autorizadas como parte de sus horas de acompañamiento médico y se le debe abonar al proveedor el tiempo de espera en servicio.⁴⁷⁴ Un ejemplo del tiempo de espera en servicio es cuando un proveedor acompaña al beneficiario a una consulta con el médico de cabecera y no sabe si la consulta durará 10 minutos o 30 minutos y, por lo tanto, no puede irse. Por lo contrario, debe sentarse y esperar hasta que el beneficiario haya terminado la consulta. El beneficiario debe recibir una asignación por ese tiempo (en general es un promedio de la duración normal de la consulta), y se le pagará al proveedor por ese tiempo.

TIEMPO DE ESPERA fuera de servicio se refiere a los períodos durante los cuales se libera totalmente al empleado de la labor y que son lo suficientemente extensos como para que pueda disponer de su tiempo efectivamente para sus propios fines.⁴⁷⁵ Estos períodos de espera no forman parte de las horas autorizadas de IHSS para el beneficiario. El proveedor debe ser informado con anticipación de que puede dejar el trabajo y que no tendrá que volver a trabajar hasta una hora específica. Por ejemplo, si el proveedor traslada al beneficiario a un turno de diálisis y sabe que la consulta llevará tres horas, entonces puede retirarse e irse a su casa, hacer sus propios mandados, etc. Para este tipo de consulta, el beneficiario no recibirá una asignación de horas de IHSS y al proveedor no se le abonará el tiempo de espera.

Los trabajadores sociales del condado deben evaluar a los beneficiarios en relación con el tiempo de espera por teléfono o en persona y preguntarles con qué frecuencia tienen consultas médicas o relacionadas con la salud, el propósito de dichas consultas y si el acompañamiento del proveedor de IHSS es necesario para el traslado ida y vuelta al establecimiento.⁴⁷⁶

Reducción de los peligros en el jardín

La reducción de los peligros en el jardín es un trabajo liviano en el jardín que puede autorizarse para remover los pastizales y las malezas, y la basura cuando constituya un peligro de incendio.⁴⁷⁷ Este servicio también está disponible para remover hielo, nieve u otros materiales peligrosos de las entradas y senderos esenciales cuando el acceso al hogar presente un peligro.⁴⁷⁸

Capítulo 5: notas finales

- 369 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300; California Dept. of Social Services Manual of Policies & Procedures (“MPP”) § 30-757 (Brinda información detallada sobre cada servicio ofrecido a través del programa IHSS)
- 370 Íd.
- 371 Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.
- 372 Cal. Welf. & Inst. Code § 12309. Consulte el sitio web de CDSS para informarse acerca de herramientas de evaluación adicionales: <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS/Training-Academy>.
- 373 MPP § 30-761.13.
- 374 Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.2; MPP § 30-757.1(a); MPP § 30-756.11-.115 formula las definiciones para los niveles del 1 al 5. La Categoría 1 se define como: “Independiente. Puede desempeñar la función sin ayuda de otra persona. Si bien es posible que el beneficiario presente dificultades para desempeñarla, la realización de la función, con un dispositivo o una ayuda de movilidad o sin ellos, no representa un riesgo importante para su seguridad. Se autorizará cualquier actividad de servicios correspondiente para aquellos beneficiarios clasificados en la “categoría 1” en cualquiera de las funciones”. La Categoría 2 se define como: “Capaz de desempeñar la función, pero necesita ayuda verbal, como recordatorios, orientación o motivación”. La Categoría 3 se define como: “Puede desempeñar la función con algo de ayuda de otra persona. Incluye, entre otras, la ayuda física directa de la persona que presta servicios”. La Categoría 4 se define como: “Puede desempeñar la función, pero solo con ayuda considerable de otra persona”. La Categoría 5 se define como: “No puede desempeñar la función, ni solo ni con ayuda de otra persona”. *Consulte también V.L. v. Wagner*, 669 F.Supp.2d 1106 (N.D. Cal. 2009) (las categorías “nunca antes se habían utilizado para determinar la elegibilidad para IHSS”. En su lugar, “el propósito de las categorías era ayudar a los trabajadores sociales a determinar con uniformidad las horas de un servicio en particular que necesitan las personas mayores y con discapacidad”).
- 375MPP § 30-757.11; 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(b)(1), también en MPP § 30-780.1(b)(1).
- 376MPP § 30-757.11(k)(1); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(b), también en MPP § 30-780.1(b).

377MPP § 30-763.31

378 MPP § 30-763.456.

379 MPP § 30-757.12; 22 Cal. Code of Regs, tit. 22, § 51183(b)(6), también en MPP § 30-780.1(b)(6).

380 MPP § 30-757.121.

381 Íd.

382 MPP § 30-757.134; 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(b)(2), también en MPP § 30-780.1(b)(2).

383 MPP § 30-757.134(c); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(b), también en MPP § 30-780.1(b).

384 MPP § 30-757,134(c)(1).

385 MPP § 30-757.134(d).

386 MPP § 30-757.134(e).

387 MPP § 30-757.132; 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(b)(4), también en MPP § 30-780.1(b)(4).

388 MPP § 30-757.132(b).

389 MPP § 30-757.132(d).

390 MPP § 30-757.132(a).

391 MPP § 30-757.131; 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(b)(4), también en MPP § 30-780.1(b)(4).

392 MPP § 30-757-131(a).

393 MPP § 30-757.131(c).

394 Cal. Welf. & Inst. Code § 12303,7; MPP § 30-757.133.

395 MPP § 30-757.133(a)(3).

396 Carta a todos los condados (ACL) n.º 93-21 (16 de marzo de 1993), pág. 2, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl93/93-21.PDF>.

397 Íd.; Para obtener más información acerca de programas específicos de IHSS, remítase al capítulo 1.

398 Cal. Welf. & Inst. Code § 123303.7; MPP § 30-757.133(1)(A).

399 Íd.

400 MPP § 30-765.133.

401 MPP § 30-765.133(a)(3).

402 MPP § 30-757.135(c).

403 MPP § 30-757.135(b)(1).

404 MPP § 30-757,135(c)(1).

405 MPP § 30-757.135(d).

406 MPP § 30-757.135(a).

407 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(c); MPP § 30-757.14.

408 MPP § 30-757.1(a)(1)(A).

409 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(c)(1); MPP § 30-757.14(k); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(a)(1), también en MPP § 30-780.1(a)(1).

410 Íd. Se puede autorizar el traslado a recursos alternativos cuando el acompañamiento sea necesario durante el traslado a establecimientos de recursos alternativos como un centro de día para adultos o un centro de recursos comunitario.

411 MPP § 30-757.14(k)(1).

412 MPP § 30-757.14(e)(1); MPP § 30-780.1(a)(2).

413 MPP § 30-757,14(e)(2).

414 MPP § 30-757.14(e)(3); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(a)(2), también en MPP § 30-780.1(a)(2).

415 MPP § 30-757,14(e)(5).

416 MPP § 30-757,14(e)(4).

417 MPP § 30-757.14(d).

418 MPP § 30-757.14(d)(1).

419 MPP § 30-757.14(a); MPP § 30-780.1(a)(4).

420 MPP § 30-757.14(a)(2).

421 MPP § 30-757.14(a)(1).

422 MPP § 30-757.14(i).

423 MPP § 30-757.14(i)(1); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(a)(7), también en MPP § 30-780.1(a)(7).

424 MPP § 30-757.14(i)(2).

425 MPP § 30-757.1(i)(2).

426 MPP § 30-757.1(i)(3) y (4).

427 MPP § 30-757.14(f); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(a)(3), también en MPP § 30-780.1(a)(3).

428 MPP § 30-757.14(f)(1).

429 MPP § 30-757.14(c).

430 MPP § 30-757.14(c)(1); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(a)(6), también en MPP § 30-780(a)(6).

431 MPP § 30-757,14(c)(3).

432 MPP § 30-757,14(c)(2).

433 MPP § 30-757.14(j); 22 Cal. Code of Regs. tit. 22, § 51183(a)(4), también en MPP § 30-780.1(a)(4).

434 MPP § 30-757.14(j)(1).

435 MPP § 30-757.14(j)(3).

436 MPP § 30-757.14(j)(2).

437 MPP § 30-757.14(g).

438 MPP § 30-757.14(g)(1)(2); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(a)(5), también en MPP § 30-780.1(a)(5).

439 MPP § 30-757.14(g)(4).

440 MPP § 30-757.14(g)(3).

441 MPP § 30-757.14(b); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(a)(8), también en MPP § 30-780.1(a)(8).

442 Íd.

443 MPP § 30-757.14(h); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(a)(5), también en MPP § 30-780.1(a)(5).

444 MPP § 30-757.14(h)(2).

445 MPP § 30-757.14(h)(1)(A).

446 MPP § 30-757.14(h)(1)(B).

447 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300.1; MPP § 30-757.191(c); 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(a)(9), también en MPP 30-780.1(a)(9).

448 MPP § 30-756.42.

449 MPP § 30-756.41.

450 MPP § 30-780.1(a)(5).

451 MPP § 30-757.14(a)(1); MPP § 30-780.2(g).

452 Íd.

453 MPP 30-757.191.

454 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300,1; MPP § 30-757.192.

455 MPP § 30-757.193.

456 MPP § 30-757.194.

457 MPP § 30-757.196; MPP § 30-780.2(e). SOC 321 Solicitud de orden y consentimiento para Servicios Paramédicos disponible en:

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC321.pdf>.

458 Íd.

459 MPP § 30-757.195.

460 MPP § 30-757.17.

461 MPP § 30-757.171.

462 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(b); MPP § 30-757.18.

463 MPP § 30-757.18.

464 Consulte MPP § 30-757.182.

- 465 MPP §§ 30-757.183; 30-757.184. La reducción en el costo debe ser al menos equivalente al costo de los servicios proporcionados para enseñanza y demostración. La reducción en el costo es equivalente si el costo total del servicio autorizado correspondiente a esta categoría se recupera dentro de los seis meses posteriores a la finalización del período de capacitación.
- 466 MPP § 30-757.181.
- 467 MPP § 30-757.185.
- 468 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(b); MPP § 30-757.15; ACL 17-42 (23 de junio de 2017), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2017/17-42.pdf?ver=2017-06-26-111014-097>.
- 469 ACL 17-42 (23 de junio de 2017), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2017/17-42.pdf?ver=2017-06-26-111014-097>.
- 470 Íd.
- 471 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(b); MPP § 30-757.15; 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(b)(5), también en MPP § 30-780.1(b)(5).
- 472 Consulte 29 C.F.R. §§ 785.15-.16 (Los reglamentos federales definen dos tipos de tiempo de espera: “dedicado a la espera” y “esperando para ocuparse”); ACL n.º 16-01 (7 de enero de 2016), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2016/16-01.pdf>.
- 473 29 C.F.R. § 785.15.
- 474 ACL 16-01 en 14.
- 475 Consulte 29 C.F.R. § 785.16.
- 476 ACL 14-82 (25 de noviembre de 2014), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-82corrected.pdf>.
- 477 Cal. Welf. & Inst. Code § 12300(b); MPP § 30-757.16; 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(b)(7), también en MPP § 30-780.1(b)(7).
- 478 MPP § 30-757.16; 22 Cal. Code of Regs., tit. 22, § 51183(b)(7), también en MPP § 30-780.1(b)(7).

Capítulo 6: Proveedores de IHSS

Son aproximadamente 509.000 las personas que se encuentran trabajando como proveedores de IHSS en 2019.⁴⁷⁹ Prestan servicios a más de 540.000 beneficiarios de IHSS en todo California. Alrededor de dos tercios de los proveedores de IHSS son familiares del beneficiario.⁴⁸⁰ La tasa de rotación de proveedores en el programa IHSS es alta; la Oficina Legislativa de Análisis (Legislative Analyst's Office) estima que puede llegar al 33 %.⁴⁸¹ La arrolladora mayoría de los cuidadores de pacientes a domicilio de California, entre los que se incluyen los proveedores de IHSS, son mujeres y personas de color.⁴⁸²

A medida que el programa IHSS se ha vuelto más complejo administrativamente, también lo han hecho las normas que regulan el empleo del proveedor. Este capítulo contiene información importante acerca del programa IHSS para proveedores. Consta de cinco secciones: (1) Criterios de elegibilidad para ser proveedor de IHSS; (2) Selección, contratación y cancelación; (3) Cuestiones relacionadas con los pagos, incluido el costo compartido; (4) Planillas de control de horas y semanas laborales; y (5) Horas extra, excepciones, tiempo de viaje, tiempo de espera e incumplimientos.

1. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA SER PROVEEDOR DE IHSS

Un proveedor de IHSS es una persona que recibe un pago a cambio de prestarle servicios a un beneficiario de IHSS. Los beneficiarios de IHSS tienen el derecho a elegir a su proveedor. Solo existen dos restricciones que el beneficiario deberá tener en cuenta para elegir a su proveedor: (1) la persona debe ser elegible para trabajar en los Estados Unidos; y (2) debe aprobar un control de antecedentes penales llevado a cabo por el Departamento de Justicia (Department of Justice).⁴⁸³

Los menores pueden trabajar como proveedores de IHSS sujetos a restricciones en virtud de la ley de trabajo de California.⁴⁸⁴ Incluso los menores deben aprobar un control de antecedentes criminales para ser elegibles para trabajar como proveedores de IHSS.⁴⁸⁵

1.1 Proceso y plazos de inscripción para los proveedores

Un proveedor debe completar los siguientes cuatro pasos dentro de los 90 días calendario posteriores al inicio del proceso de inscripción.⁴⁸⁶

1. Completar y firmar el formulario de inscripción para ser proveedor del programa IHSS (SOC 426) y presentarlo en persona en la oficina de IHSS del condado o ante la autoridad pública de IHSS.⁴⁸⁷ Los solicitantes deben

informar si fueron condenados por cualquier delito del Grupo 1 o 2, en los últimos diez años que puedan descalificarlos.⁴⁸⁸ Los delitos del Grupo 1 y del Grupo 2 que son motivo de descalificación se describen más adelante. La información proporcionada en el formulario SOC 426 será verificada por medio de un control de antecedentes penales del Departamento de Justicia.⁴⁸⁹ Al entregar el formulario completo, el proveedor solicitante debe llevar consigo los siguientes documentos y permitir que el condado los fotocopie, a saber:⁴⁹⁰

- » Un documento de identidad con foto válido (no vencido) emitido por un organismo federal o estatal de los Estados Unidos o por una organización tribal de nativos estadounidenses y nativos de Alaska reconocida a nivel federal.⁴⁹¹
 - » Una credencial original del Seguro Social o una credencial de reemplazo emitida por la Administración del Seguro Social (SSA) ⁴⁹² Puede aceptarse la correspondencia oficial de la SSA que demuestre que el número del seguro social en lugar de la credencial.⁴⁹³
2. Tomarse las huellas dactilares y someterse a un control de antecedentes penales del Departamento de Justicia que determinará si el potencial proveedor ha sido condenado o encarcelado tras la condena de cualquiera de los delitos del Grupo 1 y del Grupo 2, motivo de descalificación, en los últimos diez años.⁴⁹⁴ El condado le proporcionará los formularios y las instrucciones para escanear las huellas dactilares y enviarlas al Departamento de Justicia.⁴⁹⁵ El proveedor solicitante corre con el gasto del control de antecedentes penales.⁴⁹⁶
 3. Asistir a una orientación para proveedores de IHSS dictada por el condado.⁴⁹⁷
 4. Firmar un Acuerdo de Inscripción de Proveedor del programa IHSS (SOC 846) en el que declara que comprende y acepta las normas para ser proveedor de IHSS.⁴⁹⁸

Delitos del Grupo 1 y del Grupo 2 que son motivo de descalificación

El control de antecedentes penales se utiliza para determinar si un individuo ha sido “condenado o encarcelado tras una condena por cualquiera de los delitos del Grupo 1 o del Grupo 2 que son motivo de desclasificación, en los últimos diez años”.⁴⁹⁹ Los delitos de descalificación del Grupo 1 incluyen fraude contra los servicios de salud del gobierno o el programa de servicios de asistencia,⁵⁰⁰ abuso de menores especificado,⁵⁰¹ y abuso de un adulto mayor o de un adulto dependiente.⁵⁰² Todo aquel que haya recibido una condena por un delito del Grupo 1 en los últimos diez años no es elegible para ser un proveedor, incluso si el delito del Grupo 1 fue borrado del registro.⁵⁰³

La lista completa de los delitos del Grupo 2 está disponible en todas las oficinas del condado y en línea.⁵⁰⁴ En general, los delitos del Grupo 2 que son motivo de descalificación incluyen delitos graves o violentos,⁵⁰⁵ delitos sexuales,⁵⁰⁶ y delitos graves por fraude a un programa público de servicios sociales.⁵⁰⁷ El Departamento de Servicios Sociales (CDSS) ha publicado recientemente una carta a todos los condados n.º 9-14 para explicar los delitos del Grupo 2 en mayor profundidad y cuándo pueden ser motivo de descalificación.⁵⁰⁸ En algunas circunstancias, los solicitantes con condenas por delitos del Grupo 2 aún pueden ser elegibles.⁵⁰⁹ En primer lugar, un beneficiario puede otorgar una exención al potencial proveedor, que permite que el proveedor trabaje para dicho beneficiario. Como alternativa, un potencial proveedor puede solicitarle una excepción general directamente al CDSS. El CDSS está trabajando para promulgar reglamentos para explicar el proceso de excepción general para dispensar los delitos del Grupo 2. Además, el formulario SOC 847 contiene información adicional acerca de las excepciones para las condenas de delitos del Grupo 2.⁵¹⁰

2. SELECCIÓN, CONTRATACIÓN Y CANCELACIÓN

2.1 Conseguir un proveedor

Los beneficiarios de IHSS son responsables de entrevistar, contratar y, de ser necesario, despedir a sus proveedores de IHSS. Los beneficiarios pueden contratar a cualquier persona que cumpla con los requisitos de inscripción para proveedores de IHSS y que pueda satisfacer sus necesidades. Puede ser un familiar, amigo o una persona recomendada del Registro de la Autoridad Pública. Cada condado mantiene un registro de base de datos creado para los proveedores de IHSS que han completado el proceso de inscripción en el programa. La información de contacto para la Autoridad Pública de cada condado está disponible en línea.⁵¹¹ Los beneficiarios que no puedan conseguir un proveedor, deben comunicarse con la oficina de IHSS del condado o con la Autoridad Pública para obtener asistencia.

2.2 Entrevistar a un proveedor

Antes de entrevistar a un proveedor, los beneficiarios deben revisar sus servicios autorizados y saber las horas que les fueron otorgadas para cada servicio. Si un proveedor no puede prestarle todos los servicios que el beneficiario necesita o no está disponible en las horas autorizadas, el beneficiario puede contratar a más de un proveedor. Los beneficiarios con necesidades específicas, como una dieta especial o ayuda con los traslados, deben mencionarlas durante la entrevista. El CDSS recomienda primero filtrar los solicitantes por medio de una entrevista telefónica, reunirse cara a cara con los candidatos más sólidos y comprobar sus referencias para tener una idea del tipo de trabajo que solían hacer, cuánto tiempo

estuvieron en dicho trabajo, su confiabilidad y sus fortalezas y debilidades.

Hay una sección en el sitio web de CDSS dedicado a encontrar, contratar y trabajar con proveedores. Los beneficiarios pueden encontrar hojas informativas acerca de una variedad de temas, desde selección y contratación hasta mantener los límites con un proveedor. Las hojas informativas están disponibles en línea.⁵¹²

2.3 Despedir a un proveedor

El beneficiario tiene el derecho de despedir a su proveedor por cualquier razón mientras que no sea discriminatoria. Al tomar la decisión de despedir a su proveedor, el beneficiario debe considerar la gravedad del problema o desacuerdo, si se puede solucionar y el tiempo que le tomará encontrar un nuevo proveedor. Para obtener más información acerca de cuándo despedir a un proveedor, consulte el material disponible en el sitio web del CDSS.⁵¹³

3. CUESTIONES RELACIONADAS CON LOS PAGOS, INCLUIDO EL COSTO COMPARTIDO

3.1 Costo compartido de Medi-Cal e IHSS

IHSS es un beneficio cubierto de Medi-Cal; por ende, la elegibilidad financiera para IHSS se establece por medio del proceso de determinación de Medi-Cal. Los beneficiarios que están inscritos en un programa de Medi-Cal gratuito tienen acceso a todas las horas de IHSS pagas por el Estado. Para obtener más información acerca de los programas de Medi-Cal, remítase al capítulo 3.

Los beneficiarios inscritos en Medi-Cal con costo compartido (SOC) deben incurrir en el gasto de su SOC antes de que Medi-Cal les abone los servicios. Esto significa que, antes de abonar IHSS, el estado aplicará al SOC del beneficiario los salarios adeudados. Ello da como resultado beneficiarios con SOC que les deben salarios a sus proveedores. Según la cantidad de horas de IHSS que se le autoricen al beneficiario, en ocasiones llegan a adeudar el monto completo del costo compartido al proveedor, y en otras ocasiones, la deuda es menor. Los beneficiarios también pueden reducir su costo compartido a través de la utilización y el pago de otros servicios cubiertos por Medi-Cal no relacionados con IHSS durante el período de pago.

Ejemplo 1: IHSS con costo compartido (SOC)

Juanita recibe \$1500 en concepto de jubilación mensual y tiene un SOC de \$880 por mes. Juanita tiene autorizadas 150 horas de IHSS por mes y su condado abona \$12,50 por hora. Esto significa que si su proveedora, Mónica, trabaja todas las horas autorizadas, obtendrá \$1875 por mes. Cada mes tiene dos períodos de pago.

Por lo tanto, si Mónica trabaja 75 horas por período de pago, obtendrá \$937,50 por período.

Sin embargo, dado el costo compartido de Juanita, el primer cheque de Mónica puede tener una deducción de \$880. Esto significa que el estado le pagaría a Mónica \$57,50 y esperaría que Juanita abonara los \$880 restantes del salario adeudado a Mónica. En este punto, Juanita ha alcanzado su SOC para el mes, entonces todos los demás gastos médicos estarán pagos y el segundo cheque de Mónica será por el monto total. Este ciclo se repite cada mes porque el costo compartido es un costo mensual.

Tanto los beneficiarios que tengan Medi-Cal con costo compartido como sus proveedores recibirán una carta de “explicación del costo compartido” que identifica el monto del SOC a abonarse en ese período de pago. El monto del SOC también aparecerá en la planillas de control de horas del proveedor en la sección “Responsabilidad por el costo compartido”. El monto del SOC puede cambiar cada período de pago, dependiendo de si el beneficiario incurrió en su SOC para otros gastos médicos antes de que se procese la planilla de control de horas para cada período. Además, los beneficiarios con más de un proveedor de IHSS no pueden elegir a qué proveedor se le descontará el monto del SOC. Todo SOC pendiente de pago se sustraerá de la planilla de control de horas del proveedor de IHSS que el condado procese primero.

Ejemplo 2: IHSS con costo compartido (SOC) y dos proveedores

Juanita ha contratado a un segundo proveedor, Félix, porque Mónica solo quiere trabajar 100 horas por mes. Félix está de acuerdo con trabajar 50 horas por mes. Como en el ejemplo 1, se abonará un total de \$1875 por mes en concepto de salarios de IHSS entre ambos proveedores.

En enero, Mónica trabaja 50 horas durante el primer período de pago y Félix trabaja 25 horas. Félix presenta su planilla de control de horas antes que Mónica. Debido al SOC de \$880 de Juanita, Félix no recibirá el pago del estado por esas 25 horas de trabajo. En su lugar, Juanita le deberá \$312,50 ($\$12,50 \times 25$). Cuando Mónica presente su planilla por 50 horas, recibirá un cheque del estado por un monto de \$57,50. Juanita le deberá a Mónica \$567,50 ($\$880 - \$312,50$) en salarios. Tanto Mónica como Félix recibirán el pago por parte del estado por sus horas del segundo período.

En febrero, Mónica trabaja 50 horas durante el primer período de pago y Félix trabaja 25 horas. Mónica presenta su planilla de control de horas antes que Félix. Debido al SOC de \$880 de Juanita, Mónica no recibirá el pago del estado por esas 50 horas de trabajo. En su lugar, Juanita le deberá \$625 ($50 \times \$12,50$). Cuando

Félix presente su planilla por 25 horas, recibirá un cheque del estado por el monto de \$57,50. Juanita le deberá a Félix \$254,50 (\$880-\$57,50) en salarios.

Dado que el SOC del beneficiario puede derivar en salarios impagos al proveedor por los que el beneficiario es responsable, mantener al proveedor puede resultar difícil para el beneficiario. Vale la pena determinar si el beneficiario de IHSS es elegible o si puede tornarse elegible para un programa de Medi-Cal gratuito. Para obtener más información acerca de IHSS y Medi-Cal con costo compartido, remítase al capítulo 3. También puede encontrar apuntes informativos en el sitio web del CDSS.⁵¹⁴

3.2 Pago por adelantado

La gran mayoría de los proveedores de IHSS reciben el pago atrasado del Estado una vez que trabajaron las horas pactadas. Sin embargo, existe una alternativa. El pago por adelantado les permite a los beneficiarios de IHSS que presenten una discapacidad grave acceder al pago por adelantado para sus servicios de IHSS mensuales para pagarle al proveedor sus servicios de manera directa.⁵¹⁵ El pago por adelantado es opcional y solo está disponible en los programas Residual de IHSS (IHSS-R), IHSS Plus Opciones (IPO); y Primera Opción Comunitaria (CFCO).⁵¹⁶

Para ser elegible para el pago por adelantado, el beneficiario de IHSS debe reunir todas las condiciones siguientes:

1. Reunir los requisitos para ser una “individuo con discapacidad grave persona”, lo que significa que se le autorizan 20 horas o más por semana de una o más de las siguientes áreas: servicios de cuidado personal; preparación de comidas; limpieza después de las comidas cuando sea necesario el servicio de preparación de las comidas y el consumo de alimentos; y servicios paramédicos;⁵¹⁷ y
2. Ser capaz de manejar sus propios asuntos financieros y legales;⁵¹⁸ y
3. Estar de acuerdo en que el monto adelantado no puede exceder el monto necesario para pagar las horas autorizadas de servicios de IHSS.⁵¹⁹

El beneficiario del pago por adelantado, o su tutor legal o curador, debe presentar las planillas de control de horas cada quince días ante la oficina de servicios sociales del condado pertinente.⁵²⁰ Si el beneficiario de pago por adelantado no presenta las planillas de control de horas del proveedor dentro de los 90 días posteriores a la fecha de pago, los condados pueden suspender el pago por adelantado y cambiar el método de entrega de pago de dicho beneficiario.⁵²¹

3.3 Cheques de papel

Las planillas de control de horas se procesan en el establecimiento encargado de procesar planillas del CDSS en Chico, CA. Una vez que se verifica la exactitud de la planilla de control de horas, se envía al segundo establecimiento en Roseville, CA para continuar su procesamiento. El establecimiento de Roseville le envía una solicitud a la oficina del controlador del estado, que emite el cheque dentro de los dos días hábiles. Los proveedores deben recibir su próxima planilla de control de horas aproximadamente al mismo tiempo que el pago.⁵²² Para obtener más información sobre la presentación de las planillas de control de horas, remítase a la sección 5.1.A más adelante en este mismo capítulo.

3.4 Depósito directo

El depósito directo es otra manera en la que los proveedores reciben el pago de IHSS. Por medio del depósito directo, los cheques del IHSS se depositan directamente en la cuenta bancaria, caja de ahorro o cooperativa de crédito del proveedor. Los proveedores también recibirán un aviso de remesa de depósito directo que contiene la misma información que el estado de resultados (talón de pago) que reciben junto con el cheque de pago de IHSS. Además del talón de pago, los proveedores reciben una nueva planilla de control de horas para el próximo período. El depósito directo es opcional, tiene algunas ventajas respecto a los cheques de papel porque elimina la posibilidad de que se pierdan o sean robados, y les permite a los proveedores recibir el pago más rápidamente.⁵²³

Todos los proveedores de IHSS son elegibles para depósito directo si reúnen las siguientes condiciones:

1. Tienen una cuenta corriente o una caja de ahorros;
2. Actualmente reciben cheques de papel dos veces por mes;
3. Han trabajado para el programa IHSS durante al menos 90 días; y
4. No planean enviar el 100 % de los fondos depositados a su cuenta bancaria en otro banco fuera de los Estados Unidos.⁵²⁴

Los proveedores no son elegibles para el depósito directo si reciben el pago por adelantado de su beneficiario. Además, los proveedores deben presentar planillas de control de horas por cada beneficiario apenas finalizado el período de pago para continuar siendo elegibles para el depósito directo.⁵²⁵

Para inscribirse en el depósito directo, los proveedores deben completar el formulario SOC 829 denominado Inscripción/cambio/suspensión del depósito directo (Direct Deposit Enrollment/ Change/Cancellation Form).⁵²⁶ También pueden

llamar a la mesa de ayuda de depósito directo a través de la línea gratuita (866) 376-7066 y solicitar el envío del formulario. Si el proveedor le presta servicios a más de un beneficiario, debe completar y presentar un formulario de inscripción por cada beneficiario para el que trabaja y desea que se le depositen los salarios directamente.

Pueden pasar hasta 60 días desde que el proveedor envía el formulario de inscripción hasta que se hace el primer depósito. Hasta ese momento, los proveedores continúan recibiendo cheques de papel por correo hasta que se haya establecido la cuenta de depósito directo.⁵²⁷

3.5 Pagos del programa IHSS e impuestos federales para algunos proveedores

El 1.º de marzo de 2016, el CDSS recibió un fallo del IRS que dictaminó que los salarios de IHSS recibidos por los proveedores de IHSS que habitan en el hogar del beneficiario están exentos de ingresos brutos para fines de los impuestos federales y estatales sobre la renta.⁵²⁸ Un proveedor con cama adentro debe completar un formulario SOC 2298 (Formulario de autocertificación para la exención de retención de impuestos federales y estatales al salario de Servicios de Apoyo en el Hogar [IHSS] y Exención de servicios de cuidado personal [WPCS]) para recibir este beneficio.⁵²⁹ Si el proveedor prefiere pagar los impuestos de su cheque, no debe presentar el formulario de autocertificación.

4. PLANILLAS DE CONTROL DE HORAS Y PLANILLAS DE TRABAJO

4.1 Planillas de control de horas

Las planillas de control de horas para recibir el pago por prestar servicios IHSS deben presentarse dos veces por mes. Como parte de la orientación, los condados deben capacitar a los proveedores respecto de cómo completar planillas de control de horas correctamente.⁵³⁰

Para el cálculo de la nómina, cada mes se divide en dos períodos de pago.⁵³¹ El primer período de pago (también denominado Parte A) corresponde a las horas trabajadas del 1 al 15 de cada mes.⁵³² El segundo período de pago (también denominado Parte B) corresponde a las horas trabajadas del 16 hasta el final del mes.⁵³³ En la planilla, los días se dividen en semanas laborales.⁵³⁴ La semana laboral comienza a las 12:00 a. m. del domingo y finaliza a las 11:59 p. m. del sábado.⁵³⁵ Las semanas laborales no coinciden con los períodos de pago, lo que puede dificultar la correcta presentación de la planilla de control de horas.

CONSEJO ÚTIL: Se recomienda encarecidamente que, tanto el beneficiario como su proveedor, usen un calendario para mantener un control de las horas y los minutos trabajados cada día. Dadas las dificultades de calcular horas en el programa IHSS, usar un calendario para mantener un control del tiempo ayuda a sumar las horas de la semana laboral, a calcular las horas extra de manera correcta y garantizar que las horas se facturen de acuerdo al período de pago correspondiente.⁵³⁶

Los proveedores pueden elegir recibir planillas de control de horas impresas y enviarlas por correo o inscribirse en el Sistema de Planillas Electrónicas (Electronic Timesheet System, ETS) y enviar sus planillas de control de horas electrónicas en línea.

Si el proveedor prefiere las planillas de control de horas impresas, recibirá dos por mes. En el frente de la planilla figura el nombre y número del proveedor, el nombre y el número de expediente del beneficiario, el tipo de programa (IHSS o WPCS), el número de la planilla de control de horas, el período de pago y las horas restantes. Antes de completar la planilla de control de horas, los proveedores deben confirmar que toda la información es correcta.

Para evitar demoras innecesarias en el pago, el proveedor debe seguir cuidadosamente las instrucciones incluidas en el frente de la planilla. La falta de atención a las instrucciones, como ingresar horas fuera del período de pago u olvidarse de firmar la planilla de control de horas, puede causar una demora en la recepción del pago. Tanto el beneficiario como el proveedor deben firmar la planilla de control de horas para que el proveedor reciba el pago. Después de que la planilla haya sido completada y firmada por ambas partes, debe cortarse la planilla de horas a lo largo de la línea de puntos y enviarse por correo en el sobre adjunto.

Las planillas de control de horas pueden enviarse el último día, una vez finalizado el período de pago o después del último día trabajado. Por ejemplo, si usted trabajó hasta el 31 de octubre, debe enviar la planilla por correo a partir del 31 de octubre. No se procesarán las planillas de control de horas recibidas antes del último día trabajado y se demorará el pago. Puede llevar hasta 10 días calendario procesar las planillas de control de horas.

A partir del 5 de junio de 2017, los proveedores y beneficiarios de IHSS en todos los condados de California pueden optar por enviar y aprobar las planillas de control de horas en línea por medio del nuevo Sistema de Planillas Electrónicas (ETS).⁵³⁷ El uso de planillas electrónicas es opcional y no obligatorio.⁵³⁸ El ETS les permite a los proveedores y beneficiarios de IHSS hacer lo siguiente:

- Registrarse e inscribirse para enviar y aprobar las planillas de manera electrónica;
- Ingresar el tiempo trabajado y enviar las planillas de control de horas;
- Aprobar o rechazar las planillas enviadas de manera electrónica;
- Acceder al historial de planillas de control de horas de los tres (3) meses previos; y

□ Detener las planillas de control de horas electrónicas.⁵³⁹

Para registrarse y comenzar a usar las planillas electrónicas, los proveedores deben crear una cuenta como nuevo usuario.⁵⁴⁰ Aunque el ETS es un servicio opcional, los beneficiarios deben inscribirse para aprobar las planillas electrónicas de control de horas de sus proveedores. Si el beneficiario no se inscribe, el proveedor no puede utilizar el ETS para enviar las planillas, pero sí puede utilizarlo para ver su historial de planillas.⁵⁴¹

El sitio web del CDSS ofrece una descripción general más exhaustiva del ETS, así como también información acerca del registro de proveedores y beneficiarios, la entrada del tiempo y la aprobación de planillas.⁵⁴²

5. HORAS EXTRA, EXENCIONES, TIEMPO DE ESPERA, TIEMPO DE VIAJE E INCUMPLIMIENTOS

5.1 Horas extra

En respuesta a un cambio en los reglamentos del Departamento de Trabajo (Department of Labor), el estado de California aceptó pagar horas extra a los trabajadores de cuidados en el hogar de los programas IHSS y Exención de Servicios de Cuidado Personal (WPCS). A partir del 1.º de febrero de 2016, si los proveedores de IHSS trabajan más de 40 horas por semana laboral, se les abona la hora extra a una tasa equivalente a una vez y media la tarifa regular de pago por hora.⁵⁴³

Ejemplo: Si el salario de IHSS es de \$10 por hora y el proveedor trabaja 50 horas en una semana laboral, recibirá \$10 por hora para las primeras 40 horas, y \$15 por hora por las 10 horas restantes.

Si un proveedor le presta servicios a más de un beneficiario, las horas extra se calcularán según la suma de las horas extra totales para todos los beneficiarios.

Ejemplo: El proveedor trabaja 25 horas para el beneficiario n.º 1 de IHSS y 33 horas para el beneficiario n.º 2 de IHSS. Las horas semanales totales del proveedor son 58. Tiene 18 horas extra por semana.

El Estado ha limitado la cantidad de horas extra que un proveedor puede trabajar en una semana laboral. Los proveedores que trabajan para un único consumidor no pueden trabajar más de 70 horas y 45 minutos por semana laboral para IHSS y WPCS en conjunto.⁵⁴⁴ Los proveedores que trabajan para varios consumidores no pueden trabajar más de 66 horas por semana laboral para IHSS y WPCS en conjunto, salvo que estén aprobados para acceder a las exenciones 1 o 2 del IHSS (que se analizan más adelante).⁵⁴⁵

5.2 Exenciones de las horas extra

A partir del 1.º de julio de 2017, existen dos exenciones en relación con las horas extra para IHSS plasmadas en el código del estado de California.⁵⁴⁶ El objetivo de estas exenciones es mantener la continuidad de los cuidados y garantizar que los beneficiarios de IHSS en riesgo de ubicación fuera del hogar puedan permanecer a salvo en sus hogares. Al otorgarse estas exenciones, los proveedores que hayan sido aprobados para obtener una exención pueden superar el límite de 66 horas por semana laboral, hasta un máximo de 360 horas por mes combinadas para todos los beneficiarios de IHSS a quienes asisten.⁵⁴⁷

Durante la evaluación o reevaluación, el programa IHSS del condado evaluará a

los beneficiarios para determinar si las circunstancias indican que su proveedor podría ser elegible para la Exención 1 o 2. El condado les informará a los posibles beneficiarios sobre las exenciones y el proceso mediante el cual el beneficiario o su proveedor pueden solicitarlas.⁵⁴⁸

Observe que incluso con una exención de horas extra, el estado no le pagará a un proveedor más de 360 horas por mes. Esto significa que un proveedor no puede trabajar más de 360 horas por mes, independientemente de la cantidad de horas aprobadas de sus beneficiarios. Si un beneficiario tiene un proveedor que no puede suplir todas sus horas autorizadas porque se excedería de las 360 horas por mes, dicho beneficiario debe contratar un proveedor de IHSS adicional para que trabaje las horas restantes.

La exención 1 se encuentra disponible para los proveedores que cumplan todas las condiciones mencionadas a continuación al 31 de enero de 2016 o antes:

- Brindan servicios a dos o más beneficiarios de IHSS.
- Viven en la misma casa que todos los beneficiarios a los que les prestan servicios.
- Tienen parentesco biológico o por adopción, o relación como persona a cargo del cuidado, tutor legal o curador de todos los beneficiarios a quienes les brindan servicios como padre o madre, padrastro o madrastra, padre o madre adoptivos o sustitutos, abuelo o abuela, tutor legal o curador del beneficiario.⁵⁴⁹

Antes de que la exención 1 se plasmara en la ley, el CDSS les envió una carta y un formulario a los proveedores que cumplían con los criterios, con lo cual muchos proveedores elegibles recibieron una exención. Sin embargo, si un proveedor reúne todos los criterios descritos, continúa siendo elegible para solicitar una exención. La solicitud (SOC 2279) se encuentra disponible en el sitio web del CDSS.⁵⁵⁰ Los proveedores pueden enviar sus solicitudes completas por correo a:

CDSS – Adult Programs
Division 744 P Street, M.S. 9-
7-96
Sacramento, CA 95814

La exención 2 se encuentra disponible para los proveedores que trabajen para uno o más beneficiarios que cumplan, cada uno, al menos UNA de las condiciones mencionadas a continuación que presente un serio riesgo de ubicación fuera del

hogar para el beneficiario a menos que dicho proveedor le preste los servicios:

1. Tiene necesidades médicas o de conducta complejas que deben ser tratadas por un proveedor que viva en el mismo hogar que el beneficiario.
2. Vive en un área rural o lejana donde los proveedores disponibles son limitados y, como resultado, el beneficiario no puede contratar a otro proveedor. O BIEN,
3. No puede contratar a otro proveedor que hable el mismo idioma que el beneficiario y, como resultado, el beneficiario no puede dirigir su propio cuidado.⁵⁵¹

Antes de que la exención 2 se plasmara en la ley, el CDSS les exigía al condado y a los beneficiarios que analizaran y agotaran todas las opciones posibles para encontrar otro proveedor que trabaje dentro de las horas autorizadas al beneficiario por semana y por mes.⁵⁵² Ya no se exige el requisito de agotamiento de los recursos y el condado ya no debe considerarlo como parte de su análisis. En su lugar, el condado debe considerar cualquiera de las circunstancias anteriormente mencionadas en los puntos 1 a 3 que, de no aprobarse una exención, ponen al beneficiario en peligro de ubicación fuera del hogar.⁵⁵³ Si bien el beneficiario aún debe buscar opciones disponibles para contratar a un proveedor adicional, el condado debe ayudar al beneficiario, de ser necesario, y debe considerar todo intento anterior documentado de encontrar o utilizar otros proveedores.⁵⁵⁴ Para obtener más información, consulte la publicación de Disability Rights California “Cambios recientes en las exenciones de la semana laboral para proveedores de servicios de apoyo en el hogar (IHSS) y de la exención de servicios de cuidado personal (WPCS) (1.º de marzo de 2019)”.⁵⁵⁵

El CDSS debe enviarles una notificación informativa escrita por correo y una solicitud de exención 2 a todos los proveedores de varios beneficiarios que pudieran ser elegibles para la exención 2 y a sus respectivos beneficiarios.⁵⁵⁶ Dentro del plazo de 30 días, el condado debe revisar todas las solicitudes de exención 2 y enviar por correo una decisión escrita al proveedor y a los beneficiarios que indique si su solicitud ha sido aprobada o denegada.⁵⁵⁷ Si se deniega una solicitud de exención 2, la carta de notificación debe expresar la razón de la denegación y proporcionar información acerca de cómo solicitar una revisión independiente por parte del CDSS.⁵⁵⁸

Cuando se deniega una solicitud para la exención 2, el proveedor o el beneficiario pueden solicitar una revisión administrativa a través del proceso de la Revisión Administrativa Estatal de la Exención (Exemption State Administrative

Review, ESAR).⁵⁵⁹ Todo aquel que busque una revisión del rechazo de la exención 2 debe completar y enviar un formulario SOC 2313 (Formulario de solicitud de revisión estatal administrativa para solicitar la revisión de los límites de la semana laboral por circunstancias extraordinarias [exención 2]). No debe solicitarse una ESAR por teléfono.⁵⁶⁰

Dentro de los 45 días calendario posteriores a la fecha de notificación de no elegibilidad para la exención de los límites de la semana laboral por circunstancias extraordinarias del programa IHSS, el proveedor debe matasellar y enviar el SOC 22123 a:

California Department of Social Services
Appeals, Administrative Review and Reimbursement Bureau
Attention: Exemption 2 State Administrative Review
Unit 744 P Street, MS 9-12-04
Sacramento, CA 95814

De no entregar una ESAR completa o de entregar una solicitud fuera del plazo estipulado (es decir, después del plazo de 45 días calendario posteriores a la notificación de denegación), la unidad de ESAR puede rechazarla y causar una denegación de unidad de ESAR.⁵⁶¹

Durante el proceso de ESAR, los incumplimientos relacionados con las horas extra se reprimirán independientemente del resultado de la revisión de ESAR.⁵⁶² Esto significa que un proveedor no puede acumular otro incumplimiento durante el proceso de la ESAR. Para obtener más información acerca de los incumplimientos relacionados con las horas extra, consulte la sección 5.6 más adelante. La unidad de la ESAR les enviará una notificación por escrito al proveedor y a los beneficiarios para informar la hora y fecha de la conferencia, dentro de los diez (10) días hábiles de la fecha de recepción de la solicitud de la ESAR, y para confirmar el número de teléfono que la unidad de la ESAR utilizará para contactar al proveedor.⁵⁶³

CONSEJO ÚTIL: Los proveedores y los beneficiarios tienen derecho a presentar información adicional en la conferencia o antes de esta, que sustancie que reúnen los requisitos para la exención. Resulta beneficioso incluir cartas de proveedores de servicios de salud, familiares o amigos que expliquen sus observaciones o experiencias acerca de cómo un nuevo proveedor puede impactar de manera negativa en la salud o la seguridad del beneficiario. Si corresponde, la información adicional también debería incluir documentación sobre incidentes pasados en los que el beneficiario se lastimó en los momentos en que su cuidador con cama adentro no podía prestar sus servicios.

Las personas que presentaron una solicitud de ESAR pueden pedir más tiempo para presentar documentación escrita adicional.⁵⁶⁴ La unidad de la ESAR autorizará diez días laborales desde la fecha de revisión para el envío de información por medio de facsímil o correo (con matasellado).⁵⁶⁵ Si no se envía la información adicional dentro de los diez días laborales posteriores, la Unidad de la ESAR basará su decisión únicamente sobre la información obtenida a través del formulario SOC 2313 (y toda otra documentación que lo acompañe), la conferencia telefónica y la documentación del condado.

La Unidad de la ESAR tomará su decisión final de ratificar o revertir la determinación de no elegibilidad del condado y les enviará una notificación escrita por correo al proveedor, a los beneficiarios y al condado dentro de los 20 días laborables posteriores a la conferencia telefónica, salvo que se haya solicitado un tiempo adicional para presentar información. Si se revierte la decisión del condado (es decir, que el proveedor reúne las condiciones para acceder a la exención 2), la Unidad de la ESAR procesará y aprobará la solicitud de exención 2 y el proveedor deberá completar el acuerdo de aprobación de la exención de límites de la semana laboral por circunstancias extraordinarias para el proveedor (SOC 2308) y presentarlo en la oficina de IHSS del condado. Si se ratifica la decisión del condado (es decir, la denegación de la exención 2), se le informará al proveedor que debe adherirse a los límites de la semana laboral existentes, y a los beneficiarios que deberán contratar proveedores adicionales para que trabajen las horas autorizadas de IHSS adicionales.⁵⁶⁶

5.3 Tiempo de viaje

Los proveedores con varios beneficiarios pueden ser elegibles para recibir el pago por tiempo de viaje entre dos beneficiarios en el mismo día. Tiempo de viaje se refiere al “tiempo usado para viajar directamente de una ubicación en la que se le prestan los servicios autorizados a un beneficiario a otra ubicación en la que se le prestarán los servicios autorizados al otro beneficiario”.⁵⁶⁷ Los proveedores no recibirán más de siete horas de viaje por semana,⁵⁶⁸ y el tiempo del viaje no se deducirá de las horas de servicio del beneficiario.⁵⁶⁹ El proveedor no puede recibir el pago por el tiempo de viaje de ida y vuelta entre su propio hogar y la ubicación del beneficiario de IHSS.⁵⁷⁰ Los proveedores de varios beneficiarios deben completar el formulario SOC 2255 (Acuerdo de semana laboral y tiempo de viaje para proveedores del Programa IHSS [IHSS Program Provider Workweek & Travel Time Agreement]) y presentarlo ante la oficina de IHSS local. Los proveedores deben completar este formulario para recibir una compensación por su tiempo de

viaje.⁵⁷¹

5.4 Acompañamiento médico y tiempo de espera

Los proveedores también pueden recibir el pago por el tiempo de espera en las consultas médicas.⁵⁷² Este cambio entró en vigencia el 1.º de febrero de 2016, tras la publicación de la resolución final del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos respecto de la Ley de estándares de trabajo justo para los servicios domésticos (Fair Labor Standards Act for Domestic Services).⁵⁷³ Para acceder al pago por tiempo de espera, el proveedor debe demostrar que, mientras está en la consulta médica del beneficiario, no puede irse porque no puede predecir cuánto tiempo tardará la consulta.⁵⁷⁴ Este tiempo se denomina “dedicado a la espera” o “tiempo de espera en servicio”.

Sin embargo, los proveedores no pueden acceder al pago para el tiempo que pasan “esperando para ocuparse”, denominado “tiempo de espera fuera de servicio”.⁵⁷⁵ El tiempo de espera fuera de servicio tiene lugar cuando un proveedor no tiene que realizar tareas de trabajo y puede destinar ese tiempo a fines propios.⁵⁷⁶ Se les debe informar con antelación que pueden retirarse de la ubicación y que no deberán retomar su tarea hasta una hora específica. Por ejemplo, si un proveedor acompaña a su beneficiario a un tratamiento que está programado para que dure tres horas, se le debe informar al proveedor que no tiene que esperar, pero que debe regresar en tres horas para recoger al paciente. En este ejemplo, el proveedor puede usar ese tiempo para sus fines propios y, por lo tanto, no se le pagará por ese tiempo.

Si el beneficiario está autorizado a recibir acompañamiento médico, el proveedor se considerará “fuera de servicio” y no se le abonará el tiempo de espera de cumplirse todas las condiciones siguientes:

1. La duración de la consulta se sabe de antemano, por lo que se notificará al proveedor, con bastante anticipación, que no se necesitarán sus servicios durante ese lapso y que puede usarlo para fines propios.
2. La consulta está programada para durar suficiente tiempo en el que el proveedor puede ocuparse de asuntos personales.
3. No se necesita que el proveedor brinde ningún otro servicio autorizado como comprar comida, hacer otras compras o mandados, durante el tiempo que dure la consulta.⁵⁷⁷

Si se cumplen todas las condiciones mencionadas, el beneficiario debe decirle al proveedor que no necesitará de sus servicios hasta una hora específica en la que

éste deberá regresar para acompañarlo a su casa y el proveedor no recibirá compensación alguna por ese tiempo. Si NO se cumplen todas las condiciones mencionadas anteriormente, se considerará que el proveedor tiene “tiempo de espera en servicio” y se le deberá pagar por el tiempo que pase esperando al beneficiario.⁵⁷⁸

5.5 Acompañamiento médico y tiempo de espera para menores

Si bien el CDSS considera que llevar a un niño a una consulta médica forma parte de las responsabilidades “normales” de los padres, en algunas circunstancias, los padres pueden acceder al pago por el tiempo que requiere llevar al menor a la consulta médica, y por el tiempo de espera. Específicamente, el CDSS evalúa tres criterios para determinar si el acompañamiento de un beneficiario menor es reembolsable: (1) el menor tiene una evaluación de necesidad extraordinaria; (2) la consulta debe ser con un profesional de la salud matriculado especializado en un área de salud; y (3) el menor debe necesitar servicios de IHSS de traslado para ir y volver de la consulta médica. Para obtener información más detallada, consulte la carta a todos los condados n.º 17-42.⁵⁷⁹

5.6 Incumplimientos del límite de horas extra y del tiempo de viaje

Los proveedores pueden ser penalizados por no adherirse a las normas que regulan las horas extra y el tiempo de viaje.⁵⁸⁰ Si un proveedor envía una planilla de control de horas que excede los límites de horas extra o de tiempo de viaje, incurrirá en un incumplimiento.⁵⁸¹ A cada incumplimiento le corresponde una consecuencia escalonada. Los dos primeros incumplimientos derivan en una advertencia al proveedor por escrito. Un tercer incumplimiento deriva en la suspensión del programa IHSS durante tres meses; y un cuarto incumplimiento resulta en una suspensión del programa IHSS durante un año.⁵⁸² Los proveedores tienen la oportunidad de subsanar el incumplimiento a través de la lectura de materiales de capacitación después del segundo incumplimiento. Aunque haya dos períodos de pago al mes, un proveedor puede tener un solo incumplimiento por mes.

Cada vez que ocurre alguna de las siguientes situaciones, se produce un incumplimiento:

- Un proveedor trabaja más de 40 horas en una semana laboral para un beneficiario que no cuenta con la aprobación del condado, ya que dicho beneficiario tiene autorizadas menos de 40 horas en una semana laboral.
- Un proveedor trabaja más horas para sus beneficiarios de lo que está

autorizado a trabajar en una semana laboral, lo que provoca que el proveedor haga más horas extra de lo normal ese mes.

- Un proveedor trabaja para varios beneficiarios y reclama más de 66 horas en una semana laboral.
- Reclama más de siete (7) horas de viaje en una semana laboral.⁵⁸³

Dada la gravedad de las penalizaciones por incumplimiento de las normas que regulan las horas extra o el tiempo de viaje, el CDSS ha creado procesos para que los condados se aseguren de determinar correctamente los incumplimientos.⁵⁸⁴ El CDSS también puede revisar las decisiones del condado. Los proveedores que deseen objetar una resolución de incumplimiento en el nivel del condado deberían utilizar el formulario SOC 2272 (Notificación para el proveedor sobre el derecho a disputar el incumplimiento por exceder los límites de horas semanales o del tiempo de viaje en el programa IHSS) (IHSS Program Notice to Provider of Right to Dispute Violation for Exceeding Workweek and/or Travel Time Limits).⁵⁸⁵

Además, si el proveedor está en desacuerdo con la decisión del condado de ratificar un tercer o cuarto incumplimiento, tiene derecho a apelar dicha decisión ante la Unidad de apelaciones de la división de programas para adultos del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS Adult Programs Division's Appeals Unit).⁵⁸⁶ Para apelar un incumplimiento de tercer o cuarto nivel ante la Unidad de Apelaciones, el proveedor debe presentar el formulario SOC 2273 (Solicitud de revisión para la administración estatal del tercer o cuarto incumplimiento por exceder los límites de horas extra o del tiempo de viaje en el Programa IHSS) (IHSS Program State Administration Review Request of Third or Fourth Violation for Exceeding Workweek and/or Travel Time Limits).⁵⁸⁷ La apelación debe ser matasellada dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del formulario SOC 2282 o 2284.⁵⁸⁸ La Unidad de Apelaciones del CDSS tiene 15 días para llegar a una resolución.⁵⁸⁹

Para obtener más información acerca de las consecuencias de cada incumplimiento, y consejos acerca de cómo evitarlas, el CDSS ha creado módulos de aprendizaje sobre incumplimientos en las planillas de control de horas.⁵⁹⁰

Capítulo 6: notas finales

- 479 Departamento de Servicios Sociales de California, Metodologías de cálculo de asistencia local, 2019-20 Presupuesto del gobernador, p. 224, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ADM/FFPB/8.%20Updated%2019-20%20Est%20Meth.pdf?ver=2019-01-29-095833-243>.
- 480 Beck, *Just the Facts: California's In-Home Support Program*, Public Policy Institute of California, noviembre de 2015, disponible en: <https://www.ppic.org/publication/californias-in-home-support-program/>.
- 481 Thomason y Bernhardt, *California's Homecare Crisis: Raising Wages is Key to the Solution*, UC Berkeley Labor Center, noviembre de 2017, p. 3, disponible en <http://laborcenter.berkeley.edu/pdf/2017/Californias-Homecare-Crisis.pdf>.
- 482 Íd. en p. 6.
- 483 Consulte el Manual de Políticas y Procedimientos del Departamento de Servicios Sociales de California: MPP § 30-776.4.
- 484 ACL 19-14 (7 de febrero de 2019), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2019/19-14-2.pdf?ver=2019-02-12-091252-203>.
- 485 Íd.
- 486 MPP § 30-776.2. Puede obtener en línea una copia completa del proceso de cuatro pasos en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC847.pdf>.
- 487 MPP § 30-776.413. Las copias SOC 426 para completar se encuentran disponibles en la Oficina de IHSS del condado, Autoridad Pública, o en línea en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC426.PDF>.
- 488 MPP § 30-776.411(a).
- 489 MP § 30-776.411(6); *consulte también*, MPP § 30-776.411(l)(4).
- 490 MPP § 30-776.414.
- 491 MPP § 30-776.414(a),(b). Algunos ejemplos de identificación aceptable incluyen: carnet de conducir o tarjeta de identificación emitida por un departamento estatal de vehículos motorizados, pasaporte de los Estados Unidos, tarjeta de identificación militar de los Estados Unidos, o una tarjeta de identificación tribal de nativos estadounidenses y nativos de Alaska.
- 492 MPP § 30-776.414(b).

493 MPP § 30-776.414(b)(1).

494 MPP § 30-776.441; .44.

495 MPP § 30-776.53.

496 MPP § 30-776.442.

497 MPP § 30-776.42.

498 MPP § 30-776.43.

499 MPP § 30-776.441.

500 MPP § 30-701(t)(1)(A).

501 MPP § 30-701(t)(1)(B). El artículo 273a(a) del Código Penal incluye a “toda persona que, bajo circunstancias o condiciones susceptibles de producir un gran daño físico o la muerte, causa o permite intencionadamente que un niño sufra, o le inflige dolor físico o sufrimiento mental injustificados; o que al estar a cargo del cuidado de un niño, causa o permite intencionadamente que se lastime la persona o la salud de dicho niño, o intencionadamente causa o permite que se ponga al niño en una situación en la que su persona o su salud corran riesgo...”

502 MPP § 30-701(t)(1)(C). El artículo 368 del Código Penal incluye a “toda persona que sabe o debería saber razonablemente que otra persona es un adulto mayor o un adulto dependiente quien, bajo circunstancias o condiciones susceptibles de producir un gran daño físico o la muerte, causa o permite intencionadamente que el adulto mayor o el adulto dependiente sufra, o le inflige dolor físico o sufrimiento mental injustificados; o que al estar a cargo del cuidado del adulto mayor o el adulto dependiente, causa o permite intencionadamente que se lastime la persona o la salud de dicho el adulto mayor o el adulto dependiente, o intencionadamente causa o permite que se ponga al adulto mayor o al adulto dependiente en una situación en la que su persona o su salud corran riesgo...”

503 *Consulte* MPP § 30-776.411(l)(4).

504 Disponible en http://www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/res/Tier2_Crimes.pdf.

505 MPP § 30-701(t)(2)(A).

506 MPP § 30-701(t)(2)(B).

507 PP § 30-701(t)(2)(C). El delito grave de fraude se define en WIC § 10980(c)(2) y 10980(g)(2).

508 ACL 19-14 (7 de febrero de 2019), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2019/19-14-2.pdf?ver=2019-02-12-091252-203>.

509 Íd.

510 El formulario SOC 847 se encuentra disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC847.pdf>.

511 Disponible en <https://capaihss.org/contact-us/contact-ihss-in-your-county/>.

512 Disponible en <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS/Fact-Sheets>.

513 Disponible en http://www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/res/FactSheets/IHSS_Firing_a_Provider_Color.pdf.

514 Consulte CDSS, IHSS con costo compartido, disponible en http://www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/res/FactSheets/IHSS_Share_of_Cost_Color.pdf; CDSS, Academia de capacitación de IHSS con costo compartido, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/Documents/Share%20of%20Cost%20final-2.9.17.pdf?ver=2017-03-08-151828-303>.

515 Welf. & Inst. Code § 12304; MPP § 30-767.133.

516 42 C.F.R. § 441.545(b)(2) regula el pago por adelantado de efectivo directo para personas inscritas en el programa CFCO. El programa CFCO le permite al beneficiario acceder al pago por adelantado para que lo use a su discreción, realizando pagos directamente a su proveedor. El CFCO también les permite a estos beneficiarios ejercer tanto control como deseen para seleccionar, capacitar, supervisar, organizar horarios, determinar las tareas y despedir a un cuidador asistente.

517 Welf. & Inst. Code § 12304(d); MPP § 30-701(s)(1).

518 Welf. & Inst. Code § 12304(a).

519 Welf. & Inst. Code § 12304(b).

520 MPP § 30-769.737.

521 MPP § 30-767.133.

522 Consulte UDW, *How do I get my IHSS timesheet and paycheck*, disponible en

<http://www.udwa.org/wp-content/uploads/2015/09/Timesheet-Handout.pdf>.

523 <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC831.pdf>.

524 Íd.

525 Íd.

526 El formulario SOC 829 Inscripción/cambio/cancelación del depósito directo se encuentra disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC829.pdf>.

527 <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC831.pdf>.

528 Internal Revenue Code § 131; Notificación del IRS n.º 2014-7, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/pdf/IRSNotice.pdf>. Consulte también <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS/Live-in-provider-self-certification>.

529 Disponible en

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC2298.pdf>.

530 MPP § 30-776.431(c).

531 MPP § 30-701(p)(2).

532 Íd.

533 Íd.

534 Welf. & Inst. Code § 12300,4(a).

535 Welf. & Inst. Code § 12300.4(b)

536 El proveedor debe utilizar la información proporcionada en el SOC 2271, que explica la cantidad total de horas autorizadas para su beneficiario y las horas máximas por semana para completar un calendario en blanco y asegurarse de que entienda cuántas horas debe trabajar cada semana. El proveedor puede utilizar esta información para analizar sus horarios con el beneficiario. El formulario SOC 2271 se encuentra disponible en:

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC2271.pdf>.

537 ACL 17-76 (14 de julio de 2017), disponible en

<http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2017/17-76.pdf?ver=2017-07-17-131202-080>.

538 Íd., consulte también, <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS-Providers/Resources/Timesheet-Information>.

539 ACL 17-76, p. 2.

540 Para registrarse, los proveedores deben acceder al enlace siguiente:
<https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>.

541 Íd.

542 Disponible en: <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS-Providers/Resources/Timesheet-Information>

543 ACL 16-01 (7 de enero de 2016), disponible en
<http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2016/16-01.pdf>.

544 Welf. & Inst. Code § 12300.4.

545 Welf. & Inst. Code §§ 12300.4(d)(3); 14132.99(d)(1)(B)(2).

546 Welf. & Inst. Code § 12300.4(d)(3).

547 Íd.

548 Welf. & Inst. Code § 12300.4(d)(3)(C).

549 Welf. & Inst. Code § 12300.4(d)(3)(A).

550 Disponible en
<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC2279.pdf>.

551 Welf. & Inst. Code § 12300.4(d)(3)(B); ACL 18-31 (22 de marzo de 2018),
disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2018/18-31.pdf>.

552 ACL 16-22 (1 de abril de 2016), p. 3, disponible en
<http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2016/16-22.pdf>.

553 Welf. & Inst. Code §12300.4(d)(3)(E)(i).

554 ACL 18-31 (22 de marzo de 2018), disponible en
<http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2018/18-31.pdf?ver=2018-03-23-130932-073>.

555 Disponible en <https://www.disabilityrightsca.org/publications/recent-changes-to-in-home-supportive-services-ihss-and-waiver-personal-care-services>.

556 Welf. & Inst. Code §12300.4(d)(3)(D).

557 Welf. & Inst. Code §12300.4(d)(3)(E).

558 Welf. & Inst. Code §12300.4(d)(3)(E)(iii)(I).

559 ACL 18-58 (31 de mayo de 2018), disponible en

<http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2018/18-58F.pdf?ver=2018-10-16-135434-733>.

560 Íd.

561 Íd. p. 4.

562 Íd.

563 Íd.

564 Íd. p. 5.

565 Íd.

566 Íd.

567 Welf. & Inst. Code §12300.4(f)(1); Consulte también ACL 16-01 (7 de enero 2016), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2016/16-01.pdf>.

568 Íd.

569 Welf. & Inst. Code §12300.4(f)(4); ACL 16-01.

570 ACL 16-01 en 13.

571 Íd. en 14.

572 Welf. & Inst. Code § 12301.24(a)(6); ACL 16-01 p. 14.

573 ACL 16-01, p. 2.

574 ACL 16-01, pp. 14-15.

575 ACL 16-01 en 15.

576 Íd.

577 Íd.

578 Íd.

579 ACL 17-42 (23 de junio de 2017), disponible en: <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2017/17-42.pdf?ver=2017-06-26-111014-097>.

580 Welf. & Inst. Code § 12300.4(b)(5); ACL 16-01; ACL 16-36 (21 de abril de 2016), disponible en: <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2016/16-36.pdf>.

581 Íd.

- 582 Consulte SOC 846 (11/15), p. 4 para obtener una explicación de las consecuencias de cada incumplimiento, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC846.pdf>.
- 583 ACL 16-01.
- 584 ACL 16-44 (10 de mayo de 2016), disponible en: <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2016/16-46.pdf>; ACL 16-44 (10 de mayo de 2016), disponible en: <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2016/16-44.pdf>.
- 585 SOC 2272 (5/16), disponible en: <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC2272.pdf>.
- 586 Íd.; ACL 16-46 (16 de mayo de 2016), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2016/16-46.pdf>.
- 587 SOC 2273 disponible en: <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/FMUForms/QT/SOC2273.pdf>.
- 588 ACL 16-46, p. 9.
- 589 Íd.
- 590 Disponible en: <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS/IHSS-Providers/Resources/TimesheetTraining>.

Capítulo 7: Cuestiones posteriores a la elegibilidad

Este capítulo le brindará una descripción general de las cuestiones posteriores a la elegibilidad de IHSS. Consta de ocho secciones: (1) Reevaluaciones anuales; (2) Reevaluaciones por cambio de circunstancias; (3) Transferencias entre condados; (4) Pagos en exceso; (5) Asignación de la institución y su efecto en IHSS; (6) Cuestiones relacionadas con el trabajador social del condado; (7) Responsabilidad de terceros; y (8) Recuperación del patrimonio.

1. REEVALUACIONES ANUALES

Por lo general, el departamento de bienestar del condado debe conducir una reevaluación de la necesidad del beneficiario “antes de que finalice el duodécimo mes calendario desde la última evaluación cara a cara”.⁵⁹¹ El condado puede extender el plazo para la reevaluación a 18 meses si el beneficiario reúne ciertos criterios específicos, que se centran en la estabilidad de sus circunstancias.⁵⁹² Esta disposición se puede utilizar para disminuir la frecuencia de las reevaluaciones para algunos beneficiarios de IHSS. Contrariamente, el condado puede acortar el período de tiempo entre evaluaciones si posee información de que la necesidad de IHSS de un beneficiario es susceptible de disminuir en menos de 12 meses.⁵⁹³ El condado puede evaluar con mayor frecuencia a aquellos beneficiarios cuyas discapacidades o condiciones se espera que mejoren o deterioren dentro del año.

No es necesario que el beneficiario presente un nuevo formulario de certificación de servicios de salud (SOC 873) en cada reevaluación subsiguiente.⁵⁹⁴ No obstante, si lo considera necesario, el condado puede solicitarle un nuevo formulario SOC 821 (Evaluación de necesidad para supervisión preventiva de IHSS) al beneficiario que reciba los servicios de supervisión preventiva.⁵⁹⁵ El condado también puede solicitar un nuevo formulario SOC (Solicitud de orden y consentimiento para servicios paramédicos) (Request for Order and Consent-Paramedical Services) si un beneficiario necesita servicios paramédicos adicionales que no se autorizaron en el primer formulario.⁵⁹⁶

Si el condado lleva a cabo una reevaluación antes del duodécimo mes calendario, el plazo para la próxima reevaluación se alinearán con el requisito de los 12 meses.⁵⁹⁷ Esto significa que si normalmente se evalúa a un beneficiario en enero, pero la reevaluación tiene lugar en abril, la próxima reevaluación anual debería ocurrir en abril del año siguiente. Esto ayuda a garantizar que los beneficiarios no estén en reevaluación continua, especialmente luego de una reevaluación por cambio de circunstancias o una reevaluación ordenada como parte de una decisión de audiencia o renuncia condicional.

2. REEVALUACIONES POR CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS

Como se comentó anteriormente, la elegibilidad de un beneficiario de IHSS para los servicios se reevalúa, por lo general, de manera anual. Sin embargo, cuando un beneficiario experimenta un cambio de circunstancias que requiere una modificación en sus servicios de IHSS, tiene derecho a solicitar una reevaluación en cualquier momento.⁵⁹⁸ Un cambio de circunstancias puede estar relacionado con un cambio en las necesidades funcionales, en la situación de vivienda del beneficiario o en la gravedad de su condición o discapacidad. No es necesario que el beneficiario presente un nuevo formulario de certificación de servicios de salud para demostrar o verificar un cambio de circunstancias.⁵⁹⁹

Desafortunadamente, si bien se le exige al condado que lleve a cabo una reevaluación, no se ha fijado un plazo obligatorio. No obstante, si un beneficiario ha solicitado una reevaluación debido a un cambio de circunstancias y el condado no ha cumplido en fijar la fecha para la evaluación en el hogar o se ha demorado con la emisión de una nueva notificación de resolución, el beneficiario tiene derecho a presentar una solicitud de audiencia ante un juez de derecho administrativo en cualquier momento.⁶⁰⁰ Remítase al capítulo 8 para obtener más información sobre audiencias y apelaciones.

Cabe señalar que una reevaluación fundada en un cambio de circunstancias no garantiza horas adicionales. El trabajador social podría determinar que las necesidades del beneficiario no han cambiado de un modo que afecten las horas de IHSS o podría considerar adecuado disminuir las horas de servicio. Si la reevaluación no resulta en una cantidad adecuada de horas de servicio que garanticen que el beneficiario pueda permanecer a salvo en su hogar, este tiene derecho a presentar una solicitud de audiencia ante un juez de derecho administrativo para objetar el resultado de la reevaluación.⁶⁰¹

3. TRANSFERENCIAS ENTRE CONDADOS

Si un beneficiario se muda de un condado a otro mientras está inscrito en el programa IHSS, se deberá transferir su caso de IHSS del “condado que transfiere” al “condado receptor.”⁶⁰² El condado que transfiere (es decir, el condado de origen) es responsable de iniciar la transferencia entre condados una vez que haya sido informado acerca de la mudanza del beneficiario a un nuevo condado.⁶⁰³ El condado que transfiere debe enviarle al condado receptor una notificación de transferencia⁶⁰⁴ y documentos adicionales dentro de los 10 días posteriores a la notificación de la mudanza.⁶⁰⁵

El condado receptor es responsable de completar y regresar el formulario de notificación de transferencia dentro de los 30 días posteriores a su recepción.⁶⁰⁶ De no recibir el formulario del condado receptor, el condado que transfiere es responsable de su seguimiento.⁶⁰⁷ Este período de transición se denomina período de transferencia.⁶⁰⁸ El condado que transfiere es responsable de autorizar y financiar los servicios hasta que el período de transferencia caduque.⁶⁰⁹ El período de transferencia “finalizará tan pronto como sea administrativamente posible, a más tardar el primer día del mes siguiente a 30 días calendario del envío del formulario de notificación al condado receptor o en virtud del artículo 30-759.96.”⁶¹⁰

La transferencia entre condados no interrumpirá ni superpondrá los servicios de IHSS del beneficiario.⁶¹¹ El beneficiario debe continuar utilizando sus horas de IHSS durante el período de transferencia y su proveedor debe continuar enviando sus hojas de control de horas por los servicios prestados.

El condado receptor debe llevar a cabo una evaluación cara a cara con el beneficiario durante el período de transferencia.⁶¹² Esta evaluación puede derivar en un cambio en las horas asignadas al beneficiario. La razón más probable para que cambien las horas asignadas al beneficiario es el cambio en la situación de vivienda. Por ejemplo, si un beneficiario vivía solo en el condado que transfiere, pero se muda con un compañero de piso en el condado receptor, eso podría afectar sus horas de IHSS. Además, el condado receptor puede estar en desacuerdo con la evaluación de las necesidades del beneficiario realizada por el condado que transfiere, lo que a menudo resulta problemático.

CONSEJO ÚTIL: Es importante escudriñar toda reducción de horas para determinar si el condado receptor está desestimando en forma inadecuada las evaluaciones del condado que transfiere. El condado receptor no debe determinar las horas del beneficiario como si fuera un nuevo solicitante, sino que debe modificar las horas únicamente si ha habido un cambio en las circunstancias o una mejoría médica.⁶¹³

4. PAGOS EN EXCESO

El estado les exige a los condados que atiendan y resuelvan potenciales pagos en exceso de IHSS.⁶¹⁴ Un pago en exceso de IHSS se define como la cantidad de ayuda financiera que el Departamento de Servicios Sociales o el Departamento de Servicios de Salud le abona al proveedor o al beneficiario que excede la cantidad de los servicios autorizados o prestados.⁶¹⁵ Los pagos en exceso pueden cobrarse al beneficiario o al proveedor, según quién haya recibido los fondos de IHSS.⁶¹⁶

Las normas específicas que regulan los pagos en exceso dependen de si el programa IHSS se financia con dólares de Medicaid federal o con dólares del

estado y del condado únicamente. Aproximadamente el 99 % de beneficiarios de IHSS reciben IHSS a través de Medicaid con participación financiera federal. Los reglamentos estatales de Medi-Cal que regulan los pagos en exceso determinan que un potencial pago en exceso ocurre en las situaciones siguientes:

- Se le ha comunicado a un beneficiario verbalmente y por escrito su responsabilidad de informar, de manera completa y precisa, los cambios que afectarían su elegibilidad o su costo compartido dentro de los 10 días posteriores a dicho cambio;
- Un beneficiario ha completado y firmado el papeleo adecuado y, dentro de su competencia, ha hecho alguna de las acciones siguientes, que al considerarse en conjunto con la demás información disponible acerca de las circunstancias del beneficiario, podría resultar en que no sea elegible o en que incurra en un costo compartido mayor; a saber:
 - Proporcionó información oral o escrita incorrecta;
 - No presentó la información requerida que afecta la elegibilidad o el costo compartido;
 - No informó cambios de circunstancias que afectan la elegibilidad o el costo compartido.⁶¹⁷

En el programa IHSS, un pago en exceso puede ocurrir debido a un problema subyacente con la elegibilidad de Medi-Cal del beneficiario o debido a un asunto directamente relacionado con la elegibilidad para IHSS. En cualquiera de los dos casos, los pagos en exceso no se pueden aplicar si el beneficiario le informó los cambios de circunstancia al condado, pero el condado no procesó el cambio.⁶¹⁸

Los pagos en exceso en el Programa Residual de IHSS (IHSS-R) no se rigen por las normas de Medicaid. En su lugar, el Departamento de Servicios Sociales ha promulgado reglamentos específicos acerca del pago en exceso.⁶¹⁹ Un pago en exceso de IHSS-R se define como un “pago de dinero en efectivo [que] se realizó para la contratación de IHSS o se prestaron servicios por un monto que excedía aquel autorizado para el beneficiario”.⁶²⁰

En ningún programa IHSS se considerará pago en exceso aquel pago efectuado mientras el beneficiario recibe asistencia pagada a la espera de una audiencia ante un juez de derecho administrativo.⁶²¹ Esto significa que un beneficiario puede continuar utilizando sus servicios IHSS mientras aguarda su audiencia sin temor de tener que devolver los costos tras un fallo desfavorable. Sin embargo, una vez que un juez de derecho administrativo ha emitido un fallo, el beneficiario debe obedecer

esta decisión, salvo que sea revertida en una nueva audiencia o por mandamiento judicial.

5. ASIGNACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y SU EFECTO EN IHSS

Una persona no puede recibir IHSS mientras se encuentre en un entorno fuera de su hogar.⁶²² Los entornos fuera del hogar incluyen hospitales de agudos, centros de enfermería especializada, establecimientos de cuidados intermedios, centros comunitarios de atención, y establecimientos de alojamiento y atención.⁶²³

Si una persona autorizada a recibir IHSS ingresa en un entorno institucional, su elegibilidad general para IHSS no se ve afectada en lo inmediato. Sin embargo, no debe utilizar servicios o firmar una planilla de control de horas que autorice el pago por los días en los que estuvo en el entorno fuera del hogar. Esto es así incluso si la persona o su proveedor no creen que esté recibiendo la asistencia necesaria con sus necesidades de cuidado personal en el entorno fuera del hogar.

Las personas que ingresan a un entorno fuera del hogar deben informar este cambio de circunstancias al departamento de bienestar dentro de los 10 días si es pertinente para su elegibilidad y nivel de necesidad.⁶²⁴ Cuanto más larga sea la estadía en el entorno fuera del hogar, mayores serán las posibilidades de que la elegibilidad del beneficiario para IHSS se vea afectada. Por ejemplo, no es necesario informarle al departamento de bienestar del condado acerca de una estadía de tres días en el hospital, pero se torna necesario si a esa estadía de tres días le sigue un mes en un centro de enfermería especializada.

Si una persona se muda de su hogar para ingresar a un entorno fuera del hogar de manera permanente, dejará de ser elegible para IHSS.⁶²⁵ No obstante, si las circunstancias cambian y la persona puede volver a residir a salvo en su hogar, el condado deberá evaluar su elegibilidad para IHSS en virtud de las normas de alta.⁶²⁶ Para obtener más información acerca de dichas normas, remítase al capítulo 2.

6. CUESTIONES RELACIONADAS CON EL TRABAJADOR SOCIAL DEL CONDADO

El programa IHSS se refiere a sus trabajadores de elegibilidad como trabajadores sociales del condado. Un trabajador social del condado es el responsable de evaluar la necesidad inicial de un solicitante de IHSS y de conducir la reevaluación para los beneficiarios actuales. En ciertas ocasiones, un solicitante o beneficiario puede tener un problema o desacuerdo con su trabajador social del condado. Los reclamos por la conducta de los trabajadores sociales no pueden someterse al proceso de audiencia del estado.⁶²⁷

Si un beneficiario cree que está sufriendo discriminación ilícita por parte del trabajador social del condado, tiene tres opciones de reclamo administrativo:

1. El beneficiario puede dirigirse a su representante de derechos civiles del departamento de bienestar del condado.⁶²⁸ El demandante debe contactar al representante de derechos civiles de su condado dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la presunta discriminación y proporcionar información acerca de qué tipo de discriminación tuvo lugar, el nombre del trabajador social y los hechos en torno al incidente o a los incidentes. Si el representante no resuelve el reclamo de manera satisfactoria, el demandante puede solicitar una investigación. El condado debe investigar y proporcionarle al demandante la información acerca de la resolución del caso.
2. El beneficiario puede iniciar un reclamo por discriminación a través del Departamento de Servicios Sociales de California por correo, correo electrónico, fax o teléfono.⁶²⁹ El sitio web del CDSS también proporciona enlaces en 15 idiomas para garantizar un amplio acceso al proceso de reclamo.⁶³⁰
3. El beneficiario puede iniciar un reclamo por discriminación a nivel federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) por medio de una carta a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human
Services Office of Civil Rights
Western Region
90 Seventh Street, Suite 10-
100 San Francisco, CA
94103.⁶³¹

Si el reclamo de la persona no está relacionado con la discriminación, debe tratar de recurrir a la jerarquía administrativa del condado. Si bien no existe un derecho legal a nivel estatal para cambiar de trabajador social, un solicitante o beneficiario aún puede hacerle ese pedido al condado o recurrir al supervisor del trabajador social en cuestión.

7. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

Los departamentos de bienestar del condado deben identificar a todos los terceros que tienen obligaciones de pagar servicios de apoyo similares a IHSS.⁶³²

Estos terceros incluyen, entre otros, los siguientes: seguro de cuidados a largo plazo, seguros de indemnización por accidente laboral, pagos de compensación para las víctimas y juicios civiles/litigios pendientes.⁶³³ Si el condado determina que existe una fuente potencial de responsabilidad de terceros, debe realizar las derivaciones pertinentes.⁶³⁴

8. RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO

Por ley federal, California debe obtener la recuperación del patrimonio de ciertos beneficiarios de Medi-Cal que hayan utilizado servicios específicos de Medi-Cal.⁶³⁵ Antes del año 2017, la ley de recuperación del patrimonio de California amplió la recuperación a una variedad más amplia de servicios de Medi-Cal de los que la ley federal estipula. No obstante, esto cambió con la aprobación del proyecto de ley SB 833 en 2016: para los fallecimientos ocurridos el 1.º de enero de 2017 o después de esa fecha, California ha adecuado su ley de recuperación del patrimonio al mínimo requerido por la ley federal.⁶³⁶

Como parte de este cambio, se eximió a los servicios IHSS de la recuperación del patrimonio.⁶³⁷ Esto significa que el Estado no puede intentar cobrar el reembolso de los servicios IHSS prestados durante la vida de una persona.⁶³⁸ La atención institucional a largo plazo y otros servicios en el hogar y en la comunidad están sujetos a la recuperación del patrimonio.⁶³⁹

La investigación de todas las normas que regulan la recuperación del patrimonio excede el alcance de este manual. Sin embargo, Defensores para la Reforma del Hogar de Ancianos en California (California Advocates for Nursing Home Reform, CANHR) ha creado dos preguntas frecuentes útiles que explican las normas de la recuperación del patrimonio en detalle para aquellos que hayan fallecido antes del 1.º de enero de 2017 y aquellos que fallecieron el 1.º de enero de 2017 o después.⁶⁴⁰

Capítulo 7: notas finales

591 Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.1(b)(1); MPP § 30-761.212.

592 Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.1(c); MPP § 30-761.215(a)-(h); consulte también MPP §§ 30-761.216, 30-761.217.

593 Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.1(c)(3); MPP § 30-761.218.

594 MPP § 30-754.13.

595 Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.21(c); MPP § 30-757.173(b); SOC 821, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC821.PDF>.

596 SOC 321, disponible en

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC321.pdf>.

597 MPP § 30-761.212(a).

598 Cal. Welf. & Inst. Code § 12301.1(d); MPP § 30-761.219(a).

599 MPP § 30-754.13.

600 Cal. Welf. & Inst. Code § 10950; MPP § 22-003.1.

601 Íd.

602 MPP § 30-701(i).

603 MPP § 30-759.9.

604 El sitio web de la Asociación de Directores de Bienestar de California (California Welfare Director's Association) ofrece un formulario de transferencia entre condados que los condados que transfieren pueden utilizar, disponible en: <https://www.cwda.org/formguidelines/ihss-inter-county-transfer-form>.

605 MPP § 30-759.91. MPP § 30-759.911 especifica que los documentos requeridos en el artículo 30-759.1 “incluyen, entre otros: la solicitud de Servicios de Apoyo en el Hogar (SOC 295, 10/90); la evaluación de IHSS más reciente, la actualización de elegibilidad de proveedores de IHSS, el formulario de inscripción como proveedor del programa de servicios de cuidado personal (SOC 428, 5/90), si corresponde; el formulario de autorización para prestar servicios paramédicos (SOC 321, 10/88), si corresponde; notificaciones de resolución actuales, y toda otra información relativa a investigaciones por pagos en exceso y fraude, si corresponde”. Por favor, observe que todos los formularios específicos citados tienen versiones más recientes que debe

utilizar.

606 MPP § 30-759.93.

607 MPP § 30-759.931.

608 MPP § 30-701(i)(1)(C).

609 MPP § 30-759.921.

610 MPP § 30-701(i)(1)(D); El artículo 30-759.96 estipula que el condado que transfiere debe retener la responsabilidad por el caso del beneficiario de IHSS si dicho beneficiario se encuentra apelando activamente una resolución adversa del condado que transfiere.

611 MPP § 30-759.92.

612 MPP § 30-759.94.

613 MPP § 30-759.5.

614 Cal. Welf. & Inst. Code § 12305,71(c); MPP § 30-702.16.

615 Cal. Welf. & Inst. Code § 12305.8(b).

616 *Consulte* Íd.; Cal. Welf. & Inst. Code § 12305.83.

617 Cal. Code Regs., tit. 22, § 50781.

618 Íd.

619 MPP § 30-768.

620 MPP § 30-768.11.

621 Para IHSS-R, consulte MPP § 30-768.111; para todos los demás programas IHSS, *consulte* MPP §§ 22-072; 22-073.

622 MPP § 30-701(o)(2).

623 MPP § 30-701(o)(1).

624 MPP § 30-760.14,.15.

625 MPP § 30-755.1.

626 MPP § 30-755.12.

627 MPP § 22-003.13.

628 CDSS, Cuándo y cómo iniciar un reclamo por discriminación, disponible en

[http://www.cdss.ca.gov/Reporting/ File-a-Complaint/Discrimination-Complaints](http://www.cdss.ca.gov/Reporting/File-a-Complaint/Discrimination-Complaints).

629 Íd.

630 El CDSS tiene enlaces al inglés, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong, coreano, laosiano, portugués, ruso, español, tagalo, ucraniano y vietnamita.

631 CDSS, Cuándo y cómo iniciar un reclamo por discriminación, disponible en [http://www.cdss.ca.gov/Reporting/ File-a-Complaint/Discrimination-Complaints](http://www.cdss.ca.gov/Reporting/File-a-Complaint/Discrimination-Complaints).

632 Cal. Welf. & Inst. Code §§ 12300(d)(1)(responsabilidades del empleador cuando los servicios IHSS se prestan en lugares de trabajo); 12305.71(c)(1),(2) (responsabilidad de garantía de calidad general para identificar fuentes de responsabilidad de terceros).

633 MPP § 30-702.17.

634 Íd.

635 42 U.S.C. § 1396p(b)(1).

636 Cal. Welf. & Inst. Code § 14009.5; el DHCS ha creado un folleto explicativo de los cambios implementados en virtud del proyecto de ley SB 833, disponible en [https://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/Changes to Estate Recovery effective January 1.pdf](https://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/Changes_to_Estate_Recovery_effective_January_1.pdf).

637 Íd.

638 Íd.

639 42 U.S.C. § 1396p(b)(1); Cal. Welf. & Inst. Code § 14009.5.

640 CANHR, Preguntas frecuentes acerca de la recuperación de patrimonio de Medi-Cal, disponible en http://www.canhr.org/medcal/medcal_recoveryinfo.htm.

Capítulo 8: Apelaciones y audiencias

Los beneficiarios y solicitantes de IHSS tienen derecho a oponerse a la resolución del condado de denegar, cambiar o rescindir sus beneficios de IHSS a través de una apelación administrativa. Este capítulo le brinda información acerca de las apelaciones y audiencias administrativas de IHSS. Consta de nueve secciones: Nociones básicas acerca de las apelaciones; (2) Notificación adecuada; (3) Plazos; (4) Solicitación de audiencia; (5) Representantes autorizados; (6) Antes de la audiencia; (7) Preparación para la audiencia; (8) Durante la audiencia; y (9) Fallos, nuevas audiencias y mandamientos judiciales administrativos.

1. NOCIONES BÁSICAS ACERCA DE LAS APELACIONES

Una persona tiene derecho a una audiencia imparcial si está en desacuerdo con una resolución del condado relacionada con sus beneficios de IHSS, lo que incluye: denegación, reducción, o cese de los servicios; si su solicitud no se resuelve con prontitud razonable; si no se le otorgaron las horas que considera que necesita; y si no se le otorgaron los servicios que necesita, como la supervisión preventiva.⁶⁴¹ Una apelación es una solicitud formal del demandante o beneficiario a un tercero mediador, específicamente a un juez de derecho administrativo (ALJ), para que determine si el condado tomó la determinación correcta. Si más tarde el condado reconoce que cometió un error, o el juez de derecho administrativo determina que el condado tomó la decisión equivocada, este debe enmendar su error.

Una persona puede presentar una apelación en persona, por teléfono o por escrito. Presentar una apelación por escrito y guardar una copia de la solicitud es una buena práctica.

El Departamento de Servicios de Salud tiene un contrato con el Departamento de Servicios Sociales de California para proporcionar audiencias estatales imparciales.⁶⁴² La División de Audiencias Estatales (State Hearings Division, SHD) es responsable de la administración general del proceso de audiencia, que incluye procesar solicitudes de audiencia y brindar asistencia.⁶⁴³ La SHD es una agencia estatal supervisada por el CDSS.

Una vez presentada la solicitud de audiencia, el solicitante o beneficiario se denomina “demandante”. Luego, el organismo de servicios sociales del condado (también conocido como el departamento de bienestar del condado o CWD) designa un Especialista en Apelaciones de la unidad de apelaciones del condado, que es un departamento que forma parte del CWD en relación con la materia.⁶⁴⁴ Los Especialistas en Apelaciones en ocasiones se denominan Trabajadores de Apelaciones o representantes del condado. El Especialista en Apelaciones

representa al condado y recaba información para prepararse para la audiencia; debería tratar de resolver el problema antes de la audiencia.

Si el Especialista en Apelaciones no puede resolver un problema con el demandante, entonces este último comparece en la audiencia y presenta sus reclamos ante el juez de derecho administrativo. Luego, el juez emite un fallo a favor del demandante, en todo o en parte, o ratifica la acción del condado. No obstante, el Director del CDSS tiene la autoridad para apartar o revertir el fallo del juez de derecho administrativo.⁶⁴⁵ Si el beneficiario no está conforme con la decisión del juez o del Director, puede solicitar una nueva audiencia,⁶⁴⁶ o presentar una petición de mandamiento judicial administrativo ante el Tribunal Superior.⁶⁴⁷ Tanto las audiencias como los mandamientos judiciales se analizan en mayor detalle en la sección 9 de este capítulo.

2. NOTIFICACIÓN ADECUADA

El condado debe enviar una notificación en forma de notificación de resolución (NOA) para informar al beneficiario acerca de cualquier cambio en sus servicios IHSS.⁶⁴⁸ La notificación debe incluir la información que se detalla a continuación:

- La resolución que el condado pretende tomar;
- Las razones de esta resolución;
- Los reglamentos específicos que amparan dicha resolución;
- Una explicación del derecho a solicitar una audiencia, y, si corresponde;
- Las circunstancias en las que continuará la asistencia si se solicita una audiencia (esto también se denomina “asistencia pagada pendiente”, que se analiza más adelante en la sección 3).⁶⁴⁹

Además, la notificación también debe comunicarle al demandante qué información necesita, si es que necesita alguna, y aquello que el demandante debe hacer para restablecer su elegibilidad para IHSS o para determinar su cantidad correcta de horas de IHSS.⁶⁵⁰

La NOA debe estar escrita en la lengua materna del beneficiario, siempre que dicho idioma figure en la lista de formularios traducidos del sitio web del CDSS.⁶⁵¹ Esto se denomina notificación “adecuada al idioma”. Si el CDSS no puede proporcionar una NOA escrita en la lengua materna del demandante, el condado debe ofrecer y prestar servicios de interpretación de la NOA en los siguientes casos: (1) el demandante le informa al condado que necesita un intérprete dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la NOA, o (2) el demandante ya le informó al condado que deseaba que se lo notificara en su lengua materna y se lo informa

dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la NOA.⁶⁵²

Se considera que una NOA es “oportuna” cuando se envía con al menos 10 días de antelación a la fecha de entrada en vigor de la resolución.⁶⁵³ Los 10 días no incluyen la fecha de envío o la fecha de entrada en vigor de la medida.⁶⁵⁴ La “fecha de entrada en vigor” es la fecha en que los cambios en los servicios de IHSS se harán efectivos. Por ejemplo, si la fecha de entrada en vigor es el 1.º de noviembre, la notificación oportuna debe enviarse antes del 20 de octubre.

Si el condado no envía una notificación adecuada, aun así el beneficiario puede presentar una apelación. Una vez que presenta una apelación, el demandante puede explicar la deficiencia de la NOA ante el Especialista en Apelaciones y, si es necesario, ante el juez de derecho administrativo durante la audiencia.⁶⁵⁵ El Especialista en Apelaciones y el juez de derecho administrativo procederán a examinar la NOA y determinar si cumple con los requisitos de notificación adecuada. Si el juez determina que la notificación adecuada era obligatoria, pero no se proporcionó, y el caso está relacionado con el cese o la reducción de horas de IHSS, el condado debe restablecer los servicios retroactivos a la fecha de entrada en vigor de la NOA mientras la decisión de la audiencia esté pendiente.⁶⁵⁶ Si la notificación es defectuosa, el demandante puede acordar aplazar la audiencia hasta que el condado envíe una NOA adecuada, o continuar con la audiencia sin solicitar una notificación adecuada.⁶⁵⁷ Si el juez de derecho administrativo determina que la notificación proporcionada era adecuada y se ajustaba al idioma, entonces el demandante debe continuar con la audiencia, o se desestimará el caso.⁶⁵⁸

CONSEJO ÚTIL: La notificación inadecuada debe plantearse como una violación del derecho al debido proceso del demandante, aunque, en términos prácticos, es probable que no surta efecto alguno sobre la decisión substancial. No obstante, los demandantes también pueden plantear la cuestión de la notificación inadecuada para evitar que el condado plantee cuestiones en la audiencia que no estaban comprendidas en la notificación. Además, si se determina que no se proporcionó notificación adecuada, el condado debe rescindir dicha notificación y enviar una nueva, y se extenderá el plazo de la asistencia pagada pendiente del demandante.

3. PLAZOS DE LAS APELACIONES

Por lo general una apelación, también denominada solicitud de audiencia, debe presentarse dentro de los 90 días calendario posteriores al envío de una NOA adecuada y ajustada al idioma por parte del condado, o de la recepción de dicha

NOA por parte del demandante.⁶⁵⁹ Si no se proporcionó una notificación adecuada y ajustada al idioma, se aceptará cualquier solicitud de audiencia, incluso si se realiza después los 90 días del envío de la NOA por parte del condado, o de la recepción de dicha NOA por parte del demandante.⁶⁶⁰ Los beneficiarios deben considerar guardar el sobre de la notificación, ya que a menudo existe una diferencia significativa entre la fecha de la notificación y la fecha del matasellos.⁶⁶¹

Si existe un motivo justificado, un beneficiario puede solicitar una audiencia una vez vencido el plazo límite de 90 días.⁶⁶² Un motivo justificado significa “una razón sustancial y persuasiva que exceda el control del demandante” y tiene en cuenta el tiempo de demora, la diligencia del demandante que presenta la solicitud y el potencial perjuicio para la otra parte.⁶⁶³ La incapacidad del beneficiario o solicitante para comprender una notificación adecuada y ajustada al idioma, de por sí no constituye un motivo justificado.⁶⁶⁴ No obstante, es importante determinar si la discapacidad del individuo afectó su capacidad para comprender la notificación y plantear dicha cuestión, de ser relevante. Un demandante que presenta una solicitud de audiencia después del plazo límite de 90 días con un motivo justificado debe solicitar la audiencia dentro de los 180 días posteriores al envío de la NOA por parte del condado, o a la recepción de dicha NOA por parte del demandante.⁶⁶⁵

Si el demandante ya está recibiendo servicios IHSS, la solicitud de apelación debe presentarse *con anterioridad* a la fecha de entrada en vigor de la notificación de resolución para mantener los beneficios mientras aguarda la audiencia. Si la solicitud se presenta dentro de dicho período, los beneficios no cambiarán hasta que la audiencia tenga lugar y se dicte el fallo.⁶⁶⁶ Esto se conoce como “asistencia pagada pendiente”. Si la solicitud de audiencia se presenta después de la fecha de entrada en vigor, el demandante no seguirá recibiendo los mismos beneficios mientras aguarda la audiencia y el fallo. Si el demandante abandona o renuncia a⁶⁶⁷ su solicitud de audiencia, finaliza la asistencia pagada pendiente.

Si el beneficiario cree que no se le han otorgado las horas de IHSS suficientes, puede objetar la resolución del condado en cualquier momento. Esto puede resultar de utilidad si el beneficiario no presentó una apelación al momento de la notificación.⁶⁶⁸ Sin embargo, el juez de derecho administrativo solo puede revisar el período de 90 días previos a la solicitud de audiencia.⁶⁶⁹ Por ejemplo, si las horas de un demandante se reducen el 1.º de enero y presenta una solicitud de audiencia el 1.º de junio para apelar la resolución del condado, el juez de derecho administrativo puede considerar el restablecimiento retroactivo únicamente para las horas de marzo, abril y mayo. El demandante no podría restablecer las horas de enero y febrero.

4. SOLICITUD DE AUDIENCIA

Un demandante puede solicitar una audiencia en persona, por teléfono o por escrito.⁶⁷⁰ Si lo hace por escrito, la solicitud puede tomar cualquier forma, incluso completar el formulario al reverso de la NOA, presentar la solicitud en línea, o por medio de una carta.⁶⁷¹ El demandante puede solicitar asistencia del condado para completar la solicitud de audiencia.⁶⁷² Si bien algunos condados aceptan solicitudes de audiencia, por lo general es mejor enviarle la solicitud de audiencia directamente a la División de Audiencias Estatales.⁶⁷³ Las solicitudes de audiencia por escrito pueden enviarse por fax al (916) 651-5210 o (916) 651-2789, o por correo a la siguiente dirección:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-
17-37 Sacramento, California
94244-2430

Las solicitudes de audiencia por escrito deben incluir el nombre completo, la dirección y el número de teléfono del demandante, el nombre del condado involucrado y una explicación acerca de por qué solicita una audiencia. Si el demandante necesita que la audiencia tenga lugar por teléfono o en su hogar,⁶⁷⁴ o necesita un intérprete durante la audiencia, puede incluir dicha información en su solicitud por escrito.⁶⁷⁵ En caso de que se lo solicite, el condado debe proporcionar un duplicado de la NOA si el reverso de dicho formulario se utiliza para solicitar una audiencia.⁶⁷⁶ Debería guardarse una copia de la solicitud de audiencia para el registro del demandante.

Si solicita una audiencia por teléfono, el demandante puede comunicarse al (855) 743-8525 o (855) 795-0634.⁶⁷⁷ Para demandantes con impedimentos auditivos, el número TDD es el siguiente: (800) 952-8349. Para solicitar una audiencia en línea, utilice el siguiente sitio web: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>.

Una vez presentada una solicitud de audiencia, el demandante recibirá dos notificaciones de la SHD. La primera notificación es una confirmación de la solicitud de audiencia. La segunda notificación se le enviará por correo al demandante y al condado e indicará fecha, hora y lugar de la audiencia. Si bien debe enviarse con un mínimo de 10 días de antelación a la audiencia,⁶⁷⁸ ambas partes pueden acordar un plazo menor para la notificación.⁶⁷⁹ Si el demandante o el condado no recibe la notificación de la audiencia con un mínimo de 10 días de antelación, puede solicitar su aplazamiento.⁶⁸⁰

CONSEJO ÚTIL: En ocasiones, los demandantes reciben notificaciones de resolución de restablecimiento de los beneficios, que en esencia reflejan que están recibiendo asistencia pagada mientras la audiencia está pendiente. Los demandantes no deben asumir que esta notificación implica que se ha resuelto la apelación. Si el demandante no está seguro acerca del restablecimiento de sus beneficios, debe comunicarse con el especialista en apelaciones del condado que trabaja en su caso e indagar al respecto.

Los demandantes también pueden pedir una audiencia expedita para cuestiones urgentes. Las audiencias expeditas se programan a los 10 días hábiles desde la fecha de recepción de la solicitud de audiencia expedita del demandante, y siempre que el juez que preside considere necesario tener una audiencia expedita.⁶⁸¹ Para las audiencias expeditas, el juez de derecho administrativo debe dictar un fallo dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de cierre de acta.⁶⁸²

5. REPRESENTANTES AUTORIZADOS

El demandante puede autorizar a una persona u organización a comunicarse con el Especialista en Apelaciones y representarlo en la audiencia.⁶⁸³ El demandante puede optar por autorizar a un letrado, un amigo, un defensor o un miembro de su familia. Para hacerlo, el demandante debe firmar y fechar un formulario de representante autorizado o una declaración que exprese que autoriza a alguien a actuar en su nombre.⁶⁸⁴

Si un demandante tiene un curador o designó un apoderado o agente por medio de un poder general duradero, esa persona puede actuar como el representante autorizado o designar a otra persona para que actúe en nombre del demandante.⁶⁸⁵

Un demandante también puede designar a un representante autorizado en la audiencia con solo expresarle al juez de derecho administrativo que la persona está autorizada a representarlo.⁶⁸⁶ Un representante autorizado puede representar al demandante incluso si dicho demandante no comparece en la audiencia y no cuenta con una autorización firmada, siempre y cuando el juez determine que el demandante desea proceder con la audiencia y se presente una autorización rectificadas una vez finalizada la audiencia.⁶⁸⁷

Si el demandante no autorizó a un representante por escrito y no está presente en la audiencia, una persona puede actuar como representante autorizado dadas las circunstancias siguientes: (1) la persona es un abogado, y manifiesta en el acta de la audiencia que el demandante es mentalmente capaz y lo ha autorizado a

actuar como su representante en relación con las cuestiones tratadas en la audiencia.⁶⁸⁸ Si la persona no es un abogado, aun puede actuar como representante autorizado si afirma que (1) el demandante es mentalmente incapaz, y (2) el demandante lo ha autorizado a actuar como su representante.⁶⁸⁹ Si el representante propuesto no puede hacer constar en el acta que el demandante es mentalmente incapaz o que el demandado lo ha autorizado a actuar en su nombre, entonces se desestimarán el caso.⁶⁹⁰

Si el demandado es incapaz y no tiene un curador o un apoderado designado por medio de un poder general duradero, la audiencia puede proceder a discreción del juez de derecho administrativo si la persona es un familiar o una persona que esté al tanto de las circunstancias del demandado, y que haya completado y firmado el informe de hechos en nombre del demandado.⁶⁹¹

6. ANTES DE LA AUDIENCIA

Una vez que se presenta la solicitud de audiencia, la SHD le envía al demandante información acerca de sus derechos de audiencia, y el nombre, la dirección y el número de teléfono del Especialista en Apelaciones asignado al caso. El Especialista de Apelaciones debe resolver el pleito sin la necesidad de una audiencia y en el nivel más bajo posible.⁶⁹²

El Especialista en Apelaciones debe proporcionarles a los demandantes información acerca del proceso administrativo, que incluye preparar una declaración de posición, que proporciona información acerca de las medidas tomadas por el condado.⁶⁹³ Puede encontrar más información sobre la declaración de posición más adelante en ese capítulo, en la sección 7(B).

6.1 Renuncias condicionales

El Especialista en Apelaciones puede ofrecer una “renuncia condicional” de la solicitud del demandante. Esto significa que el demandante renuncia a su solicitud de audiencia con la condición de que el condado tome medidas para solucionar el problema, como llevar a cabo una reevaluación para determinar las horas de IHSS que necesita. Las renunciaciones condicionales deben estar acompañadas de un acuerdo firmado por el demandante y el condado.⁶⁹⁴

CONSEJO ÚTIL: Aunque el Especialista en Apelaciones puede ofrecer subsanar la cuestión sin necesidad de una audiencia, es posible que solo autorice los beneficios desde la fecha de la renuncia condicional, y no desde la fecha de resolución que el demandante está reclamando. Al acordar una renuncia condicional, recuerde solicitar los beneficios retroactivos a la fecha de la resolución. Obtenga esta garantía por escrito como parte de la renuncia condicional.

La renuncia condicional debe disponer que las acciones de ambas partes se completarán dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que las partes firmaron la renuncia condicional y en que el condado la recibió.⁶⁹⁵ Luego el condado emite una nueva NOA con la redeterminación. El demandante tiene derecho a la reprogramación de la audiencia si no está de acuerdo con la nueva evaluación o no le autorizan beneficios retroactivos. El demandante puede restablecer la solicitud de audiencia en virtud de la nueva NOA, pero debe presentar la solicitud de restablecimiento dentro de los 90 días.⁶⁹⁶

6.2 Aplazamientos

Los demandantes también pueden solicitar el aplazamiento de la audiencia. No obstante, el demandante debe demostrar un motivo justificado para el aplazamiento de la audiencia y debe renunciar a su derecho de recibir el fallo dentro de los 90 días si se le otorga el aplazamiento.⁶⁹⁷ Los motivos justificados incluyen, entre otros, los siguientes:

- Un fallecimiento en la familia;
- Una enfermedad o lesión personal;
- Emergencias repentinas e inesperadas que le impiden al demandante o al representante autorizado del demandante comparecer en la audiencia;
- Una comparecencia superpuesta ante un tribunal que no se puede posponer;
- El demandante sostiene que no tiene la preparación adecuada para discutir las cuestiones porque no recibió una notificación adecuada o ajustada a su idioma, y el juez determina que no recibió la notificación requerida;
- El condado no pone la declaración de posición a disposición del demandante con un mínimo de dos días hábiles de antelación a la audiencia programada, o el condado ha modificado la declaración de posición, y el demandante acuerda que el juez de derecho administrativo puede dictar el fallo en una fecha posterior.⁶⁹⁸

Si se otorga un aplazamiento por motivos justificados, el demandante continuará recibiendo el asistencia pagada pendiente hasta la fecha de la próxima audiencia programada.⁶⁹⁹ El condado también tiene derecho a solicitar un aplazamiento.⁷⁰⁰ Además, se deberá posponer una audiencia si cualquiera de las partes ha recibido la notificación de la fecha y el lugar de la audiencia con menos de 10 días de antelación a la audiencia y dicha parte solicita el aplazamiento.⁷⁰¹ La solicitud de

aplazamiento no deberá exceder el plazo de 30 días.⁷⁰²

7. PREPARACIÓN PARA LA AUDIENCIA

7.1 Solicitar el expediente de IHSS

De ser solicitado, el condado debe permitir que el demandante examine su expediente durante las horas hábiles ordinarias.⁷⁰³ El demandante debe solicitar ver su expediente de IHSS completo antes de la audiencia. Además, el demandante tiene derecho a examinar la información utilizada por el condado para fundamentar su decisión de modificar, denegar o rescindir las horas de IHSS, lo que incluye materiales y reglamentos acerca de políticas.⁷⁰⁴ Si se redujeron las horas de IHSS del demandante, debe solicitarle las copias de los reglamentos enumerados en la NOA al trabajador social de IHSS. Dichos materiales pueden ayudar a determinar si debe solicitarse una audiencia, y a prepararse para una audiencia programada.

CONSEJO ÚTIL: Una vez solicitada la audiencia, solicite el expediente de IHSS del demandante al trabajador social; y una vez que lo haya obtenido, solicite un aplazamiento para que el demandante tenga la oportunidad de revisar el expediente y recabar la información necesaria.

7.2 Recabar información

Además de solicitar el expediente de IHSS del demandante, es importante recabar información sobre la manera en que el trabajador social de IHSS del condado determinó las horas autorizadas para el demandante.

1. Pídale al trabajador social del demandante una copia de los formulario de evaluación de necesidades más recientes. Estos formularios del condado incluirán anotaciones acerca de por qué se autorizaron o no las horas o por qué se redujeron. También solicite una copia del formulario SOC 293 más reciente. El formulario SOC 293 incluye información acerca del índice funcional de lo que el demandante puede o no puede hacer. Si el demandante objeta una reducción de horas, solicite copias de ambos formularios de evaluación del condado y formularios SOC 293 nuevos y viejos en ambos casos.
2. Solicite una copia de las hojas en el expediente en las que se hicieron las anotaciones acerca de los contactos y las entrevistas con el demandante durante el último año.
3. Pídale al trabajador social del condado copias de los informes médicos en el

expediente y copias de todo formulario paramédico.

También resulta útil obtener una carta o declaración del médico del demandante o de cualquier otro profesional que lo haya tratado en la que explique por qué el demandante requiere servicios IHSS y qué servicios necesita. La carta debe resumir las limitaciones funcionales del demandante, como no poder levantar objetos pesados o agacharse, o que el demandante requiere asistencia para recordar tomar los medicamentos.

El médico del demandante debe revisar la información proporcionada al condado, controlar su veracidad y corregir los errores por medio de la obtención de información actual sobre las limitaciones funcionales. El médico del demandante también debe explicar todo cambio en la condición del demandante. Si esta cambia diariamente, el médico debe determinar las clasificaciones sobre la base de sus días malos. Una carta o declaración complementaria también puede ayudar a determinar la necesidad de servicios paramédicos del demandante. El demandante debe comunicarle al médico qué servicios provee IHSS para que la carta pueda explicar qué servicios necesita en relación con sus limitaciones funcionales.

Si el demandante objeta la denegación o el cese de la supervisión preventiva, la carta o declaración del médico tratante o del proveedor de salud mental debe explicar que el demandante carece de autodirección y proporcionar razones y ejemplos para dicha determinación. El proveedor también debe explicar cómo la deficiencia en la memoria o el discernimiento del demandante y la confusión lo llevan a involucrarse en actividades o conductas potencialmente peligrosas. Los demandantes que objetan la denegación o el cese de la supervisión preventiva también deben obtener un formulario SOC 821, con el mayor detalle posible, del proveedor tratante. Si bien el formulario SOC 821 proporciona prueba fehaciente de la necesidad de supervisión preventiva del demandante, no es determinante y el condado puede considerar el SOC 821 en conjunto con otra información acerca de las necesidades del demandante.⁷⁰⁵

CONSEJO ÚTIL: A menudo los médicos están ocupados y son difíciles de contactar. Redactar la carta en nombre del médico, como se resume más arriba, puede resultar de utilidad. Asegúrese de que la información sea completamente precisa, y dele tiempo al médico para que la revise.

7.3 Autoevaluaciones

Si el demandante objeta la reducción de sus horas de IHSS o está en desacuerdo con la evaluación de necesidades para determinar las horas de IHSS realizada por el trabajador social, será beneficioso que el demandante haga una autoevaluación. Esto ayudará al demandante a descifrar cuántos minutos/horas se necesitan en las respectivas categorías, y ayudará a refutar la determinación del condado. Puede encontrar una copia de una hoja de trabajo de autoevaluación en el sitio web de Disability Rights California, denominada “Recusación de reducción y/o cese de Servicios de Apoyo en el Hogar y preparación para una audiencia” (Challenge IHSS Reductions and/or Terminations and Prepare for Hearing).⁷⁰⁶

7.4 Declaración de posición del condado

El condado debe presentar una copia de su declaración de posición con al menos dos días hábiles de antelación a la audiencia.⁷⁰⁷ La declaración de posición es un instrumento redactado por el Especialista en Apelaciones que respalda la decisión del condado de cambiar o denegar los servicios IHSS. Debe resumir todos los hechos del caso, incluidos aquellos hechos que sean beneficiosos para el demandante, y la justificación normativa para la resolución del condado.⁷⁰⁸ Debe incluir copias de la prueba documental y una lista de testigos que el condado pretende utilizar durante la audiencia.⁷⁰⁹ La declaración de posición puede ayudar al demandante a identificar otros testigos y pruebas que pueda necesitar para respaldar su reclamo. Si el departamento de bienestar del condado no pone la declaración de posición a disposición del demandante con un mínimo de dos días hábiles de antelación a la audiencia, o si el departamento de bienestar del condado decide modificar la declaración de posición una vez enviada al demandante, el demandante tendrá un motivo justificado para solicitar el aplazamiento de la audiencia.⁷¹⁰ Si el demandante solicita el aplazamiento sobre esta base, continuará recibiendo la asistencia pagada pendiente.⁷¹¹

El demandante puede autorizar al condado a que le envíe la copia de la declaración de posición de manera electrónica o por correo.⁷¹² No obstante, para recibir una copia de la declaración de posición de manera electrónica, el demandante debe autorizar la transmisión electrónica; y para transmitir el documento de manera electrónica, el organismo del condado debe poder cumplir con todas las leyes federales y estatales de privacidad.⁷¹³ Si se reúnen los dos requisitos mencionados, el departamento de bienestar del condado debe enviarle al demandante la declaración de posición con al menos dos días de antelación a la fecha de la audiencia.⁷¹⁴ De lo contrario, el departamento de bienestar del condado puede “optar por enviar la declaración de posición por correo o ponerla a disposición en el departamento de bienestar del condado correspondiente”.⁷¹⁵ No

obstante, las políticas del CDSS “alientan” a los condados a que consulten con los demandantes acerca de cómo prefieren recibir la declaración de posición.⁷¹⁶

8. EN LA AUDIENCIA

Las audiencias de IHSS son audiencias administrativas dirigidas por un juez de derecho administrativo de manera imparcial “para incentivar el debate libre y abierto de los participantes”.⁷¹⁷ Las audiencias de IHSS se consideran informales porque las normas acerca de las pruebas y el proceso civil no se cumplen de manera estricta.⁷¹⁸ Sin embargo, todo testimonio, sea del demandante, del condado o del representante autorizado del demandante, se presta bajo juramento.⁷¹⁹

Al comienzo de la audiencia, el juez le solicitará al Especialista en Apelaciones que testifique primero y que explique por qué se redujeron o cesaron las horas del demandante, o por qué el demandante no necesita horas adicionales. El Especialista en Apelaciones puede presentar evidencia del condado o traer a alguien del condado a que testifique, como el trabajador social que condujo la evaluación, o el trabajador del caso de IHSS del demandante o un supervisor. Una vez que el Especialista en Apelaciones haya terminado su explicación, el juez le solicitará al demandante que explique por qué considera que el condado tomó una decisión incorrecta. El demandante puede presentar documentación ante el juez como prueba, hacerle preguntas al condado o traer a alguien que testifique en su nombre.

La audiencia involucrará la presentación de la prueba (testimonio de testigos, cartas, diarios de registro, informes médicos) acerca de las necesidades del demandante en las categorías de servicio que sean objeto de controversia entre el condado y el demandante. La prueba debe explicar aquello que el demandante necesita, cuánto tiempo toma prestar el servicio, la razón por la que el demandante necesita más tiempo que el determinado por la evaluación o las pautas del condado, y cuáles son los riesgos a los que el demandante puede estar expuesto de no recibir el nivel de servicios solicitado. Los testigos pueden incluir, además del beneficiario de IHSS, proveedores de IHSS anteriores y actuales, administradores de casos del centro regional, amigos y familia, etc.

La audiencia será grabada.⁷²⁰ Hable fuerte y claro para asegurarse de que todo se registre. La transcripción puede ser de importancia cuando el fallo no es favorable y el demandante presenta un escrito administrativo ante el Tribunal Superior, lo que se analiza más adelante.

9. FALLOS, NUEVAS AUDIENCIAS Y MANDAMIENTOS ADMINISTRATIVOS

El juez de derecho administrativo emitirá un fallo dentro de los 90 días

posteriores a la finalización de la audiencia, salvo que el demandante renuncie a su derecho a tener un fallo en el plazo de 90 días.⁷²¹ El Director del CDSS puede adoptar el fallo del juez como decisión final, o puede revertir la decisión y emitir una nueva. Si el demandante o el condado no están conformes con el fallo, pueden optar por (1) solicitar una nueva audiencia, o (2) solicitar un mandamiento administrativo ante el Tribunal Superior.

9.1 Nueva audiencia

Si el demandante está disconforme con el fallo de la audiencia, puede solicitar una nueva audiencia dentro de los 30 días posteriores a la recepción del fallo final.⁷²² No obstante, si el demandante puede demostrar un motivo justificado, puede presentar una solicitud de nueva audiencia después de cumplidos los 30 días desde la fecha del fallo. El Director debe estar de acuerdo en que existe un motivo justificado, y toda solicitud tardía para una nueva audiencia debe presentarse dentro de los 180 días posteriores al fallo.⁷²³ El Director del CDSS notifica a la otra parte de la solicitud de nueva audiencia, y la otra parte tiene cinco días para presentar una declaración a favor o en contra de la solicitud.⁷²⁴ El Director debe otorgar o denegar la solicitud para una nueva audiencia dentro de los 35 días hábiles posteriores a la solicitud, aunque en la práctica a menudo pasan varios meses hasta que se otorga o deniega una solicitud.⁷²⁵

Los fundamentos para solicitar una nueva audiencia son los siguientes:

- El fallo adoptado es incompatible con la ley.
- La prueba del expediente no sustenta el fallo adoptado.
- Las cuestiones de hecho no sustentan el fallo adoptado.
- El fallo adoptado no aborda todas las cuestiones o los reclamos planteados por las partes.
- El fallo adoptado no aborda todas las cuestiones o los reclamos que se sustentan en el expediente o en la prueba aportada.
- El fallo adoptado no expone información suficiente para determinar el fundamento de sus conclusiones legales.
- Prueba descubierta tras el fallo, que no se encontraba en custodia o a disposición de la parte que solicita la nueva audiencia al momento de la primera audiencia, y que ahora está disponible y que, de haberse presentado, podría haber cambiado el fallo de la primera audiencia.
- Por toda otra razón necesaria para evitar el abuso de la discreción o un error de derecho, o por toda otra razón contemplada en el artículo

CONSEJO ÚTIL: Pueden pasar varios meses hasta que el CDSS emita una resolución que otorgue o deniegue la solicitud de una nueva audiencia. Si el demandante recibe un fallo desfavorable tras la audiencia, la mejor opción es solicitar una nueva audiencia e incluir toda prueba relevante que no haya sido presentada en la primera audiencia. Los demandantes también pueden presentar una petición de mandamiento judicial administrativo, que se analiza a continuación. Observe que no tiene que solicitar una nueva audiencia antes de presentar una solicitud de mandamiento judicial. La petición de mandamiento judicial debe presentarse en el tribunal superior del estado dentro del plazo de un año posterior al fallo haya o no una nueva audiencia pendiente.⁷²⁷

9.2 Petición de mandamiento judicial administrativo

El demandante también puede optar por presentar una Petición de mandamiento judicial administrativo ante el Tribunal Superior. Dicha petición le solicita a un juez del Tribunal Superior que revise el fallo de la audiencia y que se aparte de dicho fallo y dicte uno nuevo. Las peticiones de mandamiento judicial administrativo deben presentarse dentro del año posterior a la recepción del fallo.⁷²⁸

La petición de mandamiento judicial administrativo para objetar una resolución del CDSS se interpone en virtud del artículo 1094.5 del Código Procesal Civil de California. El Tribunal revisa el proceso administrativo subyacente para asegurarse de que el CDSS haya procedido conforme a derecho, que el demandante haya recibido una audiencia justa, y que la resolución del CDSS se sustente en las cuestiones de hecho, o que las cuestiones de hecho se sustenten en la prueba.⁷²⁹ La parte que presenta la petición de mandamiento judicial se denomina “Petitioner” y el CDSS es el “Apelado”. La prueba para el mandamiento judicial administrativo se limita al registro subyacente a la audiencia, que incluye todo lo presentado al momento de la audiencia, la transcripción de la audiencia y la nueva audiencia. Esta es la razón por la cual es importante prepararse para la audiencia por medio de la presentación de prueba de la necesidad de servicios IHSS del demandante para que el proceso pueda registrarse adecuadamente. También es importante incluir prueba adicional (si existe) en la solicitud para una nueva audiencia, ya que formará parte del expediente independientemente de que se conceda, o no, una nueva audiencia.

Para obtener más información acerca de la petición de mandamientos judiciales

administrativos, los demandantes y los defensores deben revisar las guías prácticas y los recursos en línea.⁷³⁰ Tenga en cuenta que cada Tribunal Superior tiene normas y procedimientos de presentación distintos, y algunos tienen normas especiales para presentar mandamientos judiciales administrativos.

CONSEJO ÚTIL: Los peticionantes que presenten una petición de orden judicial administrativa conforme al artículo 1094.5 del Código de Bienestar e Instituciones no deben abonar la tasa judicial.⁷³¹ Además, los peticionantes que obtengan un resultado favorable tienen derecho a honorarios y costas razonables de los abogados.⁷³²

Capítulo 8: notas finales

- 641 , disponible en <http://www.cdss.ca.gov/ord/entres/getinfo/pdf/4cfcman.pdf>; consulte también 45 C.F.R. § 205.10. Para las instancias en las que la persona no tiene derecho a una audiencia, consulte Cal. Welf. & Inst. Code § 10950(d) y MPP §§ 22-003.11-.15.
- 642 Cal. Welf. & Inst. Code § 10950(f); MPP § 22-000.11.
- 643 Cal. Welf. & Inst. Code § 10950(f); MPP § 22-000.11.
- 644 Puede encontrar la información de contacto de la unidad de apelaciones de cada condado, incluidos los nombres de los supervisores, disponibles en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/Countylist%20for%20Web.July.17.pdf>.
- 645 MPP § 22-001(d)(2).
- 646 Cal. Welf. & Inst. Code § 10960.
- 647 Consulte Cal. Welf. & Inst. Code § 1094.5.
- 648 MPP § 22-071.1. Se debe notificar a los beneficiarios y solicitantes en las instancias que se detallan a continuación: Cuando se otorgan o aumentan los servicios; cuando se deniegan, reducen, suspenden, cancelan, discontinúan, o cesan los servicios; cuando el condado realiza alguna acción una vez que el demandante ha renunciado condicionalmente a su solicitud de audiencia; cuando el condado determina que no existe necesidad inmediata; cuando el condado realiza alguna acción después de la audiencia; y cuando el condado modifica el pago de los servicios.
- 649 MPP § 22-001(a)(1); MPP § 10-116.4; 22 C.C.R. § 51014.1(c)(1)-(3); 42 C.F.R. § 431.210(a)-(c).
- 650 MPP § 22-071.6.
- 651 MPP § 21-115.2; Departamento de Servicios Sociales de California, Publicaciones y formularios traducidos, <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/Translated-Forms-and-Publications> (consultado el 2 de enero de 2018).
- 652 MPP §22-071(L)(1)(b).
- 653 MPP § 22-001(t)(1).
- 654 MPP § 22-072.4.
- 655 Cal. Welf. & Inst. Code § 10967.

- 656 MPP § 22-049.523; Welfare and Institutions Code § 10967 (“Si la notificación no era adecuada e involucraba el cese o la reducción de la asistencia, el condado debe tomar una acción retroactiva para restablecer la ayuda pendiente”).
- 657 MPP § 22-049.52; Cal. Welf. & Inst. Code § 10967.
- 658 Íd.
- 659 Cal. Welf. & Inst. Code § 10951(a)(1); MPP § 22-009.1.
- 660 MPP § 22-009.11.
- 661 Bet Tzedek, Capítulo 7: In-Home Support Services (IHSS) (Servicios de apoyo en el hogar), disponible en <https://www.bettzedek.org/wp-content/uploads/2017/09/Chapter-7-IHSS-20174837-2664-5836.pdf>.
- 662 Cal. Welf. & Inst. Code § 10951(a)(1).
- 663 Cal. Welf. & Inst. Code § 10951(a)(2); consulte también ACIN I-66-08 (19 de noviembre de 2008), disponible en http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acin08/I-66_08.pdf.
- 664 Íd.
- 665 Íd.
- 666 MPP § 22-072.5.
- 667 Si el demandante no comparece a la audiencia programada, ya sea en persona o por medio de un representante autorizado, se considerará que abandonó la solicitud de audiencia y se emitirá una resolución por escrito con la desestimación del reclamo. MPP § 22-054.221.
- 668 Íd.
- 669 MPP § 22-009.2.
- 670 MPP § 22-004.1.
- 671 MPP § 22-004.21. Puede solicitar una audiencia en línea en el siguiente enlace <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>.
- 672 MPP § 22-004.211.
- 673 MPP § 22-004.22.
- 674 MPP §§ 22-045.11, 22-045.13.

675 MPP § 22-004.211.

676 MPP § 22-071.5.

677 Para obtener más información acerca de solicitudes de audiencia del estado, visite <http://www.cdss.ca.gov/Hearing-Requests>.

678 MPP § 22-045.3.

679 MPP § 22-045.31.

680 MPP § 22-045.33.

681 Carta de apelación para todos los condados (19 de enero de 2004), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/coletters/pdf/ExpeditedHearingACL.PDF>.

682 Íd.

683 MPP § 22-001(a)(6); MPP § 22-085.1.

684 MPP § 22-085.1. Para las audiencias estatales, use DPA 19 (12/2010) para autorizar a un representante, disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/DPA19.PDF>. Las personas también pueden designar a un representante a través de NA Back 9 (4/2013), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/NABACK9.PDF>.

685 Consulte Probate Code § 4120 et seq.; ACWDL 94-70 (23 de agosto de 1994), disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/eligibility/Documents/94-70.pdf>.

686 MPP § 22-085.11.

687 MPP § 22-085.12.

688 MPP § 22-085.21.

689 MPP § 22-085.22. Además, el representante debe presentar una autorización por escrito dentro de los 10 días posteriores a la audiencia; de lo contrario, se desestimarán los casos. MPP § 22-085.221-222.

690 MPP § 22-085.24.

691 MPP § 22-085.23.

692 MPP § 22-073.23.

693 MPP §§ 22-073.232 y .25; ACL 17-102 (29 de septiembre de 2017), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2017/17-102.pdf?ver=2017-10-05->

[085426-067.](#)

694 MPP § 22-054.211(b)(3).

695 MPP § 22-054.211(b)(3)(B).

696 MPP § 22-054.211(b)(3)(C).

697 MPP § 22-053.112.

698 MPP § 22-053.113. Para obtener una descripción detallada de los procedimientos de aplazamiento de la División de Audiencias Estatales del CDSS, visite

http://www.cdss.ca.gov/shd/res/pdf/SHD_PostponementProcedures.pdf.

699 MPP § 22-053.43.

700 MPP § 22-053.121.

701 MPP § 22-053.141.

702 MPP § 22-053.3.

703 MPP § 22-051.1. Cal. Welf. & Inst. Code § 10850(c) autoriza al CDSS a emitir reglamentos acerca del acceso a los expedientes, incluido el acceso a expedientes por parte de los solicitantes y beneficiarios. MPP § 19-005.1 establece que todo beneficiario o solicitante, o su representante autorizado, puede revisar el expediente “creado o custodiado por el departamento de bienestar del condado en conexión con la administración del programa de asistencia pública”. Un demandante puede revisar los historiales médicos de su expediente. (MPP § 19-006 note). Los únicos registros que el demandante no puede consultar son aquellos cubiertos por un “privilegio” específico, como el privilegio abogado-cliente (y el demandante no posee ese privilegio). (MPP § 19-006; consulte, además, los reglamentos de la audiencia estatal en MPP § 22-051).

704 MPP § 22-051.3.

705 MPP § 30-757.173(a)(2)-(3).

706 También puede encontrar una copia en el siguiente enlace:

<https://www.disabilityrightsca.org/publications/challenge-ihss-reductions-and-or-terminations-and-prepare-for-hearing>.

707 Cal. Welf. & Inst. Code § 10952.5(a); ACL 17-21 (16 de febrero de 2017), disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2017/17-21.pdf?ver=2017-02-23-144123-927>; ACL 17-102 (29 de septiembre de 2017),

disponible en <http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/ACL/2017/17-102.pdf?ver=2017-10-05-085426-067>.

708 ACL 17-21 (jueves, 16 de febrero de 2017).

709 Íd.

710 Cal. Welf. & Inst. Code § 10952.5(b); ACL 17-21 (16 de febrero de 2017).

711 Íd.

712 Cal. Welf. & Inst. Code § 10952.5(a); ACL 17-21 (16 de febrero de 2017).

713 Íd.

714 Íd.

715 Íd.

716 Íd.

717 Welfare and Institutions Code § 10955.

718 Íd.

719 Íd.

720 Cal. Welf. & Inst. Code § 10956; MPP § 22-049.4.

721 MPP § 22-060.1.

722 Cal. Welf. & Inst. Code § 10960(a); ACIN I-66-08 (19 de noviembre de 2008), disponible en [http://www.cdss.ca.gov/ lettersnotices/entres/getinfo/acin08/I-66_08.pdf](http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acin08/I-66_08.pdf).

723 Cal. Welf. & Inst. Code § 10960(f)(2).

724 Cal. Welf. & Inst. Code § 10960(a).

725 Íd.

726 Cal. Welf. & Inst. Code § 10960(b).

727 Cal. Welf. & Inst. Code § 10962.

728 Íd.

729 Cal. Civ. Proc. Code § 1094.5(b). “La indagación en ese caso se extenderá a las preguntas acerca de si el demandado ha procedido sin, o en exceso de, jurisdicción; si hubo una audiencia justa; y si existió un abuso perjudicial de la

discreción. El abuso de la discreción se configura si el demandado no procedió de la manera estipulada por la ley, la orden o resolución no se fundamenta con las cuestiones de hecho, o las cuestiones de hecho no se fundamentan con las pruebas”.

730 Los demandantes y los defensores pueden desear revisar el Writ of Mandate Outline (Resumen de mandamiento judicial) por Richard Rothschild a continuación: <http://laaconline.org/wp-content/uploads/Writ-of-Mandate-Outline.pdf>.

731 Cal. Welf. & Inst. Code § 10962.

732 Íd.

Apéndice A

Cuadro comparativo de los programas IHSS

AUTORIDAD	LA PRIMERA OPCIÓN COMUNITARIA DE IHSS (CFCO), PUBLIC LAW 111-148 (2010); 42 U.S.C. § 18001 ET SEQ	PROGRAMA DE SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL DE MEDICAL (PCSP), Código de Bienestar e Instituciones § 14132.95	IHSS PLUS OPCIONES (IPO), Código de Bienestar e Instituciones § 14132.952	PROGRAMA RESIDUAL DE IHSS (IHSS-R), Código de Bienestar e Instituciones § 12300 ET SEQ.
ELEGIBILIDAD	El beneficiario recibe cobertura de Medi-Cal de alcance completo con participación financiera federal (FFP), y reúne los requisitos de elegibilidad de nivel de cuidados de centro de enfermería especializada del CFCO. ⁷³³	El beneficiario recibe cobertura de Medi-Cal de alcance completo con FFP. Incluye a los beneficiarios de SSI; 1619 beneficiarios de SSI (personas que trabajan pese a tener una discapacidad); Pickles; otros	El beneficiario recibe cobertura de Medi-Cal de alcance completo con FFP. Incluye a los beneficiarios de SSI; 1619 beneficiarios de SSI (personas que trabajan pese a tener una discapacidad); Pickles; otros programas de Medi-Cal, incluidas las	El beneficiario no recibe (1) cobertura de Medi-Cal de alcance completo o (2) Medi-Cal con FFP. Incluye a aquellas personas con Medi-Cal estatal únicamente, principalmente a los residentes legales permanente

		<p>programas de Medi-Cal, incluidas las personas de A&D FPL; o Working Disabled; Exención de DD y Exención de HCBA.⁷³⁴</p>	<p>personas de A&D FPL; o Working Disabled (Programa de personas con discapacidades que trabajan); Exención de DD y Exención de HCBA. No requiere que se determine una discapacidad.⁷³⁵</p>	<p>s y a las personas que residan en los Estados Unidos con apariencia legal (PRUCOL) que no sean elegibles para la cobertura de Medi-Cal de alcance completo con FFP⁷³⁶</p>
<p>FINANCIAMIENTO</p>	<p>Medicaid federal 50 % + 6 %; el estado y el condado contribuyen con el 44 % restante.</p>	<p>Medicaid federal 50 %, 32,5 % estadual, y 17,5 % del condado⁷³⁷</p>	<p>Medicaid federal 50 %; del 50 % restante, el condado abona el 35 % y el estado abona el 65 %⁷³⁸</p>	<p>El condado abona el 35 % y el Estado abona el 65 % del costo total⁷³⁹</p>

<p>SERVICIOS Y APOYOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios, incluida la asignación de alimentos en un restaurante . • Todos los proveedores, incluidos los cónyuges y los padres de los niños menores. 740 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios, excepto la asignación de alimentos en un restaurante. • Todos los proveedores, excepto los cónyuges y los padres de los niños menores. • Sin pago por adelantado.⁷⁴¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios, incluida la asignación de alimentos en un restaurante . • Todos los proveedores, incluidos los cónyuges y los padres de los niños menores.⁷⁴² 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios incluida la asignación de alimentos en un restaurante. • Todos los proveedores, incluidos los cónyuges y los padres de los niños menores. • Pago por adelantado⁷⁴³
---------------------------	--	--	--	---

Cuadro comparativo de los programas IHSS

AUTORIDAD	LA PRIMERA OPCIÓN COMUNITARIA DE IHSS (CFCO), PUBLIC LAW 111-148 (2010); 42 U.S.C. § 18001 ET SEQ	PROGRAMA DE SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL DE MEDICAL (PCSP), Código de Bienestar e Instituciones § 14132.95	IHSS PLUS OPCIONES (IPO), Código de Bienestar e Instituciones § 14132.952	PROGRAMA RESIDUAL DE IHSS (IHSS-R), Código de Bienestar e Instituciones § 12300 ET SEQ.
DISCAPACIDAD GRAVE/NO GRAVE	Máximo de 283 horas por mes (incluye la supervisión preventiva: 195 horas para personas con discapacidad no grave, 283 horas para personas con discapacidad grave) ⁷⁴⁴	Máximo de 283 horas por mes ⁷⁴⁵ (excepto para supervisión preventiva: 195 horas para personas con discapacidad no grave, 283 horas para personas con discapacidad grave) ⁷⁴⁶	Máximo de 283 horas para personas con discapacidad grave, 195 horas para personas con discapacidad no grave ⁷⁴⁷	Máximo de 283 horas por mes para personas con discapacidad grave (necesita 20 horas por semana o más para cuidado personal, servicios paramédicos y preparación de las comidas) o 195 horas por mes para personas con una discapacidad no grave ⁷⁴⁸

¿PUEDE OTRA PERSONA COMPLEMENTAR EL PAGO?	No	No, pero pueden pagar por las horas que no estén cubiertas, así como el tiempo entre tareas si le abonan al proveedor directamente; otros pueden pagar el costo compartido directamente.	No	Sí, si se le brinda directamente al proveedor.
CÓNYUGE PROVEEDOR	Cubierto ⁷⁴⁹	No cubierto porque es un proveedor familiar. ⁷⁵⁰	Cubierto ⁷⁵¹	Cubierto para servicios de cuidado personal no médicos, servicios paramédicos y, si no puede trabajar, supervisión preventiva y traslado. ⁷⁵²
PADRES PROVEEDORES DE UN MENOR	Cubierto ⁷⁵³	No cubierto porque es un proveedor familiar. ⁷⁵⁴	Cubierto ⁷⁵⁵	Cubierto ⁷⁵⁶

Apéndice A: notas finales

733 ACL 14-60.

734 Consulte, mayormente, Welfare and Institutions Code 14132.95; ACWDL 05-21; ACIN I-18-08.

735 ACL 11-19.

736 MPP §30-755.113; ACIN I-18-08; ACIN I-28-06.

737 <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS>.

738

http://www.cicaihss.org/sites/default/files/ihss_overview_for_senate_budget_sub_3_hearing_3-2-2017_v2.pdf p. 5 (50 % de fondos federales); Welf. & Inst. Code § 14132.952(g) (Para ver el alcance permitido por la ley federal, las tasas de reembolso para los servicios prestados a través del programa IHSS Plus Opciones debe equivaler a las tasas de cada condado para el mismo tipo de servicios del programa de Servicios de Apoyo en el Hogar conforme al artículo 7 (que comienza con la sección 12300) del capítulo 3).

739

http://www.cicaihss.org/sites/default/files/ihss_overview_for_senate_budget_sub_3_hearing_3-2-2017_v2.pdf en p. 23; ACL 14-60.

740 ACL 14-60.

741 ACWDL 05-21.

742 ACL 11-19.

743 Welfare and Institutions Code § 12300.

744 ACL 14-60.

745 WIC § 51350.

746 ACIN I-28-06.

747 ACL 11-19.

748 Welfare and Institutions Code § 12303.4(a); MPP § 30-765.12; ACIN I-28-06.

749 ACL 14-60.

750 ACWDL 05-21; Welfare and Institutions Code §§ 14132.95(c) (servicios prestados), 14132.95(f) (prohibición de cónyuge o padres proveedores en PCSP).

751 ACL 11-19.

752 ACIN I-28-06.

753 ACL 14-60.

754 ACWDL 05-21; Welfare and Institutions Code §§ 14132.95(c) (servicios prestados), 14132.95(f) (prohibición de cónyuge o padres proveedores en PCSP).

755 ACL 11-19.

756 ACIN I-28-06.

Apéndice B

Tabla de tareas por hora para IHSS

N.º	TAREA	RANGO DE HTG POR ÍNDICE FUNCIONAL			
		RANG O 2	RANG O 3	RANG O 4	RANG O 5
1	Preparación de comidas (consulte MPP 30-757.131(a))	3,02 - 7	3,50 - 7	5,25 - 7	7 - 7
2	Limpieza después de las comidas (consulte MPP 30-757.132(b))	1,17 - 3,50	1,75 - 3,50	1,75 - 3,50	2,33 - 3,50
3	Cuidado de los intestinos y la vejiga (consulte MPP 30-757.14(a)(2))	0,58 - 2	1,17 - 3,33	2,91 - 5,83	4,08 - 8
4	Alimentación (consulte MPP 30-757.14(c)(3))	0,70 - 2,30	1,17 - 3,50	3,50 - 7	5,25 - 9,33
5	Baños en cama (consulte MPP 30-757.14(d)(1))	0,50 - 1,75	1 - 2,33	1,17 - 3,50	1,75 - 3,50
6	Baño, higiene bucal y aseo (consulte MPP 30-757.14(e)(5))	0,50 - 1,92	1,27 - 3,15	2,35 - 4,08	3 - 5,10
7	Vestimenta (MPP 30-757.14(f))	0,56 - 1,20	1 - 1,86	1,50 - 2,33	1,90 - 3,50
8	Cambio de posición y masajes en la piel (MPP 30-757.14(g)(4))			0,75 - 2,80	
9	Traslado (MPP 30-757.14(h)(2))	0,50 - 1,17	0,58 - 1,40	1,10 - 2,33	1,17 - 3,50
10	Cuidado y ayuda con dispositivos prostéticos (MPP 30-757.14(i)(2))			0,47 - 1,	

		12			
11	Cuidado menstrual (MPP 30-757.14(j)(3))	0, 28 - 0, 80			
12	Ambulación (MPP 30-757.14(k)(1))	0,58 - 1,75	1 - 2,10	1,75 - 3,50	1/75 - 3,50

Apéndice C

NOTICE OF ACTION IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) APPROVAL

COUNTY OF _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Case Number : _____
Social Worker Name : _____
Social Worker Number : _____
Social Worker Telephone : _____
Social Worker Address : _____

NOTE: This notice relates ONLY to your In-Home Supportive Services. It does NOT affect your receipt of SSI/SSP, Social Security, or Medi-Cal. **KEEP THIS NOTICE WITH YOUR IMPORTANT PAPERS.**

(ADDRESSEE)

Total Hours:Minutes of IHSS you can get each month: _____

Based on an assessment done on _____, you can get the services shown below for the amount of time shown in the column "Authorized Amount of Service You Can Get."

- 1) If there is a zero in the "Authorized Amount of Service You Can Get" column or the amount is less than the "Total Amount of Service Needed" column, the reason is explained on the next page(s).
- 2) "Not Needed" means that your social worker found that you do not require assistance with this task. (MPP 30-756.11)
- 3) "Pending" means the county is waiting for more information to see if you need that service. See the next page(s) for more information.

SERVICES	TOTAL AMOUNT OF SERVICE NEEDED	ADJUSTMENT FOR OTHERS WHO SHARE THE HOME	AMOUNT OF SERVICE YOU NEED	SERVICES YOU REFUSED OR YOU GET FROM OTHERS	AUTHORIZED AMOUNT OF SERVICE YOU CAN GET
	HOURS: MINUTES	(PRORATION)	HOURS: MINUTES		HOURS: MINUTES
Note: See the back of the next page for a short description of each service.					
DOMESTIC SERVICES (per MONTH):					
RELATED SERVICES (per WEEK):					
Prepare Meals					
Meal Clean-up					
Routine Laundry					
Shopping for Food					
Other Shopping/Errands					
NON-MEDICAL PERSONAL SERVICES (per WEEK):					
Respiration Assistance (Help with Breathing)					
Bowel, Bladder Care					
Feeding					
Routine Bed Bath					
Dressing					
Menstrual Care					
Ambulation (Help with Walking, including Getting In/Out of Vehicles)					
Transferring (Help Moving In/Out of Bed, On/Off Seats, etc.)					
Bathing, Oral Hygiene, Grooming					
Rubbing Skin, Repositioning					
Help with Prosthesis (Artificial Limb, Visual/Hearing Aid) and/or Setting up Medications					
ACCOMPANIMENT (per WEEK):					
To/From Medical Appointments					
To/From Places You Get Services in Place of IHSS					
PROTECTIVE SUPERVISION (per WEEK):					
PARAMEDICAL SERVICES (per WEEK):					
TOTAL WEEKLY HOURS:MINUTES OF SERVICE YOU CAN GET:					
MULTIPLY BY 4.33 (average # of weeks per month) TO CONVERT TO MONTHLY HOURS:MINUTES: x 4.33 *					
SUBTOTAL MONTHLY HOURS:MINUTES OF SERVICE YOU CAN GET:					
ADD MONTHLY DOMESTIC HOURS:MINUTES OF SERVICE YOU CAN GET (from above):					
TOTAL HOURS:MINUTES OF SERVICE YOU CAN GET PER MONTH:					
TIME LIMITED SERVICES (per MONTH):					
Heavy Cleaning:					
Yard Hazard Abatement					
Remove Ice, Snow					
Teaching and Demonstration					
TOTAL HOURS:MINUTES OF TIME LIMITED SERVICES YOU CAN GET PER MONTH:					

Questions?: Please contact your IHSS social worker. See top of page for phone number.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how.