ESTADO DE CONNECTICUT
Departamento de Servicios Sociales

W-1487S
(Rev 7/16)

PROGRAMA DE CUIDADO EN EL HOGAR PARA ANCIANOS EN CONNECTICUT (CHCPE)
SOLICITUD PARA REFERIDO

El Programa de Cuidado en el Hogar para Ancianos en Connecticut ("CHCPE") proporciona ayuda a adultos 65 o más años de edad con dificultad para realizar algunas Actividades del Diario Vivir (las "ADL"). Este programa proporciona muchos de los servicios que usted necesitará para permanecer en su hogar en lugar de ir a una facilidad de cuidado a largo plazo o un hogar de convalecencia.

La elegibilidad para CHCPE es un proceso de dos partes:

Parte 1: Funcional: Usted ***tiene que tener una necesidad*** de estos servicios: Específicamente, tiene que demostrar físicamente que usted tiene una **necesidad** de asistencia práctica en la realizaciónde algunas **Actividades del Diario Vivir.**

- Bañarse - ¿necesita ayuda para bañarse apropiadamente?
- Vestirse - ¿necesita ayuda para vestirse apropiadamente?
- Comer/Alimentarse - ¿necesita ayuda para alimentarse apropiadamente? (Esto no significa hacer o preparar comidas)
- Usar el baño - ¿necesita ayuda para ir/salir del baño y/o limpiarse adecuadamente después?
- Transferirse - ¿necesita ayuda para transferirse con seguridad dentro y fuera de sillas / la cama?
- Medicación - ¿necesita ayuda con la preparación y/o para tomar sus medicamentos diarios?
- Salud mental - ¿necesita supervisión diaria para evitar lesionar a sí mismo(a) o a otras personas?

Parte 2: Financiero: Tiene que satisfacer los criterios económicos de Medicaid o (Exención) Financiada por el Estado para recibir servicios bajo CHCPE. Se requerirá que solicite Medicaid si cumple con los criterios financieros. Si no satisface los criterios financieros para Medicaid, podría ser elegible para Servicios de Cuidado en el Hogar Financiados por el Estado.

INFORMACIÓN DE INGRESO Y BIENES

LÍMITES DE INGRESO MENSUAL [1]	LÍMITE DE INGRESO PARA MEDICAID	LÍMITE DE INGRESO PARA FINANCIADO POR ESTADO
	$2,199.00 por mes	**No hay límite**
Límite de bienes [2]	MEDICAID (EXENCIÓN)	FINANCIADO POR EL ESTADO[4]
Individual -	$1,600.00	$35,766.00
Pareja -	$3,200.00 **(Ambos recibiendo servicios)**	$47,688.00 - Bienes combinados **(Uno o ambos recibiendo servicios)**
Pareja -	$25,444.00[3] **(Ambos recibiendo servicios)**	$47,688.00 - Bienes combinados **(Uno o ambos recibiendo servicios)**

[3] Una cantidad más alta puede ser admitida si tiene una valoración conyugal realizada (vea Aviso a Parejas Casadas en la próxima página).

[4] La participación se basa en la disponibilidad de fondos. **Clientes financiados por el Estado tienen que pagar el 9% del costo de sus servicios.**

[1] **Ingreso - Cómo DSS cuenta su ingreso mensual:** Contamos el total de su ingreso (bruto) mensual, *antes de cualesquier deducciones, incluyendo deducciones de primas de Medicare*. Esto incluye todos los ingresos que reciba mensualmente, tales como sueldos, pensión, Seguro Social, beneficios de Veterano e Ingreso de Seguridad Suplementario. Contamos solamente el ingreso de usted, no el de su cónyuge ni de ninguna otra persona. Por favor indique el ingreso solamente de usted y no de otra persona.

[2] **Bienes - Cómo DSS cuenta todos sus bienes:** Contamos todos los bienes poseídos por usted y su cónyuge. Esto incluye, pero no se limita a, propiedad inmobiliaria no usada como su hogar, vehículos de motor no esenciales, caravanas, botes, cuentas de banco/unión de crédito (de ahorro, de cheques, CD, IRA, cuentas de "club de vacaciones" o "club de Navidad"), acciones, fondos fiduciarios revocables, bonos, Bonos de Ahorro de EE.UU., valor de rescate total de seguro de vida con un valor nominal que exceda $1,500.00.

NO contamos lo siguiente: La casa que usa como su hogar (principal) y sus muebles, sus pertenencias personales (ropa, joyas) o el vehículo que usa para transportación. Ciertos fondos para servicios fúnebres - irrevocables hasta $5,400.00 para cada persona O revocable hasta $1,800.00. Parcelas de entierro: para individuos solos, una parcela. Para individuos casados, una parcela para cada cónyuge y ciertos otros miembros de la familia bajo ciertas condiciones. Una parcela puede incluir un ataúd, contenedor externo y la abertura y clausura de la sepultura. Pólizas de seguro de vida si el valor nominal de todas las pólizas no exceda $1,500.00. (De otra manera cuente el valor de rescate en efectivo de todas las pólizas.)

Por favor Note: Si su ingreso es menos del límite del programa, pero sus bienes contados exceden el límite de bienes, se podrá evaluar a usted para CHCPE cuando reduzca sus bienes dentro del límite. No se requiere que gaste sus bienes excesivos en servicios de salud. Puede gastarlos en artículos o servicios para usted o su cónyuge, siempre que reciba valor razonable de mercado a cambio de sus bienes y guarde todos sus recibos. Una vez que reduzca sus bienes al límite, puede volver a solicitar CHCPE.

DSS podrá buscar contribuciones de parientes legalmente responsables, de cónyuges o beneficiarios recibiendo servicios bajo CHCPE y tiene el derecho de recuperar dinero de la venta de propiedades inmobiliarias y de la sucesión de individuos que hubiesen recibido servicios bajo CHCPE, incluyendo primas de seguro privado pagadas a favor del individuo.

LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE PÁGINA Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

PROGRAMA DE CUIDADO EN EL HOGAR PARA ANCIANOS EN CONNECTICUT SOLICITUD PARA REFERIDO

Sección A **INFORMACIÓN PERSONAL DE SOLICITANTE**

Apellido de Solicitante_____ Nombre_____

Fecha Nacim. _____ Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

N° de Seguro Social_____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección (de solicitante)_____

Teléfono _____ N° de Medicaid (si es que tiene) _____

Yo resido: (marque uno) ☐ Solo(a) ☐ Con familiares ☐ Hogar grupal ☐ Vida asistida

Sección B **EVALUACIÓN FINANCIERA**

1. Mi ingreso mensual es: $_____ **2**. Mis activos (totales) son: $_____

Aviso a parejas casadas – Bajo las leyes estatales y federales, una pareja casada puede proteger activos para el(la) cónyuge viviendo en la casa mientras el(la) otro(a) cónyuge esté en un hogar de convalecencia o esté recibiendo cuidado en la casa al nivel de cuidado en un hogar de convalecencia. Este proceso se llama una Valoración Conyugal. Usted puede pedir una Evaluación Conyugal antes de solicitar servicios estatales o federales.

☐ Sí ☐ No Yo deseo una **Evaluación Conyugal** para averiguar lo que puedo proteger para mi cónyuge.

Sección C **EVALUACIÓN FUNCIONAL**

1. Necesidades personales: Díganos si necesita ayuda con estas tareas. (Escriba el número de la ayuda que necesita):

0 = Ninguna ayuda 1 = Necesito supervisión/Recordatorios 2 = Ayuda práctica 3 = Dependencia total

Bañarme ____ Vestir_____ Comer _____ Usar el baño____ Transferencia (dentro y fuera, cama/silla) ____

Caminar _____ Medicamentos ____ (¿Necesita ayudar para tomar medicinas diarias? En tal caso, ¿cuánta ayuda?)

Control de esfínteres (Control intestinal/ de la vejiga) Preparación de comidas _____

2. Situación de vivienda: (Marque uno con círculo)

Sin Hogar En hogar de familia Viviendo solo(a) Hogar grupal Refugio Otro _____

En su hogar, ¿alguien de su familia o comunidad (vecinos) le ayuda cada vez que necesite? Sí No

3. Problemas de salud mental: (Marque con círculo todos los que apliquen) Vagando Abusivo / Violento Auto-dañino Agresivo verbalmente Hábitos peligrosos/insalubres Amenazas para la seguridad

4. Diagnóstico médico o condición: (Escriba abajo)

_____

Sección D **PUNTO DE CONTACTO**

Por favor comunique conmigo en lugar del solicitante: Nombre_____

(Yo soy Punto de Contacto para el/la solicitante)

Teléfono_____ Relación (familia, amigo(a), etc.)_____

Yo soy el (la):
- Apoderado(a)
- Conservador(a)
- Tutor(a) legal

(Marque con círculo si aplica)

X_____

Firma de solicitante o marca (X) **Fecha** **Firma de testigo si se firmó con una X**

_____

Persona que llena el formulario para el/la solicitante **Relación** **Número de teléfono**

PERSONAL DE LA FACILIDAD SOLAMENTE: Please complete if the person is in a hospital or a nursing home. (Not needed if a health screen is attached.)

Name of facility:_____

Staff Member / Date _____ **Phone #**_____

Envíese por correo a: Department of Social Services, Unidad de Opciones en la Comunidad, 9th floor, 55 Farmington Ave, Hartford, CT 06105-3725 o por Fax al 860 424-4963

¡RECUERDE! Un formulario rellenado completamente evitará atrasos en su procesamiento.

Personas sordas o con impedimento auditivo que tengan un dispositivo TDD/TTY pueden contactar al DSS al 1-800-842-4524. Personas ciegas o con impedimento visual pueden contactar al DSS al 1-860-424-5040.