



Demostración El Dinero sigue a la Persona (MPF) de Massachusetts

Formulario de consentimiento informado

La Demostración El dinero sigue a la persona (Demostración MFP) de Massachusetts es un programa financiado por el gobierno federal. La Demostración MFP ayuda a las personas a hacer la transición del cuidado en instituciones al cuidado en la comunidad. El programa cubre servicios que ayudan a que los adultos mayores y las personas con discapacidades que estaban en centros de enfermería, hospitales para enfermedades crónicas y de rehabilitación u otros centros calificados vuelvan a la comunidad.

Este formulario de consentimiento informado asegura que usted entienda el programa. Usted debe revisar y firmar este formulario para inscribirse y participar en la Demostración MFP.

Nombre y apellido

ID de MassHealth o últimos 4 dígitos del SSN

Mi firma en este formulario significa que entiendo que:

- Mi inscripción y participación en la Demostración MFP es voluntaria.
- Si elijo no participar, puedo seguir recibiendo los servicios de MassHealth si cumpla con todos los criterios de elegibilidad.
- Para calificar para la Demostración MPF, debo cumplir con todos los requisitos de elegibilidad que aparecen a continuación:
 - Debo estar viviendo en un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo por al menos 60 días consecutivos, incluidos los días de rehabilitación de Medicare.
 - Debo ser mayor de 18 años y tener una discapacidad, o ser mayor de 65 años.
 - Debo ser residente de Massachusetts.
 - Debo ser elegible para recibir la cobertura de MassHealth Standard o CommonHealth en la comunidad.
 - Debo hacer la transición a una residencia calificada de la Demostración MFP en la comunidad.
- Debo responder de inmediato a todo lo requerido por MassHealth.
- Debo cumplir con todos los requisitos de elegibilidad indicados anteriormente, incluida la cobertura de MassHealth de la estadía en el centro.
- He recibido información sobre los servicios de la Demostración MFP que me ayudarán a hacer la transición a la comunidad. Si soy elegible, los servicios también estarán disponibles para mí en la comunidad durante los 365 días de mi participación en la Demostración MFP.
- La información sobre mi inscripción y mi participación será confidencial. Mi información solo se usará para administrar la Demostración MFP.
- Tendré un papel activo en la decisión de dónde vivo y en los servicios que reciba mientras esté en el centro y en la comunidad.
- He recibido información sobre otros servicios comunitarios disponibles de MassHealth.
- Independientemente de mi participación en la Demostración MFP, seguiré teniendo mis servicios actuales de la Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), la inscripción en un plan de Opciones de Atención para Personas de la Tercera Edad (SCO) o los servicios de un plan estatal si sigo cumpliendo con los requisitos de elegibilidad para recibir esos programas.



Demostración El Dinero sigue a la Persona (MPF) de Massachusetts Formulario de consentimiento informado

- Puedo retirarme de la Demostración MFP en cualquier momento llenando un formulario de retiro que puedo obtener de mi administrador de casos o de un coordinador de servicios.
- Si me retiro de la Demostración MFP, puedo seguir recibiendo los servicios de MassHealth si todavía cumplo con las normas y los requisitos del programa de MassHealth.
- Si tengo quejas o inquietudes sobre la Demostración MFP, me comunicaré con mi administrador de casos o mi coordinador de servicios.
- Si estoy en desacuerdo con una decisión de MassHealth sobre mis beneficios, tengo derecho a apelar la decisión y solicitar una audiencia imparcial. Mi administrador de casos o coordinador de servicios puede brindarme información sobre cómo solicitar una apelación y el proceso de la audiencia imparcial en general.
- Autorizo a la Demostración MFP a compartir información sobre referidos, inscripción y participación con MassAbility, el Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), los Planes de SCO y los Puntos de Acceso a Servicios para Adultos Mayores (ASAP) cuando sea necesario para los propósitos de la coordinación de servicios.

Al firmar este *Formulario de Consentimiento informado* de la Demostración MFP, estoy de acuerdo en inscribirme y participar en la Demostración MFP y acepto todas las condiciones de participación. Entiendo que puedo solicitar una copia de este consentimiento informado para guardarla.

Nombre y apellido (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta)
Si corresponde

Firma

Fecha