



W-1487S  
(Rev 01/25)

# ESTADO DE CONNECTICUT

## Departamento de Servicios Sociales

### FORMULARIO DE REFERIDO PARA OPCIONES EN LA COMUNIDAD

Utilice este formulario para pedir un referido para los siguientes programas:

- El Programa de Cuidado en el Hogar de Connecticut para Ancianos (CHCPE), para individuos de 65 años o mayor
- El Programa de Ayudante de Cuidado Personal con Exención (PCA), para individuos de 18 a 64 años

Estos programas proveen ayuda en el hogar para los individuos quienes llenan los requisitos y de otro modo recibirían servicios en un centro de cuidado de largo plazo o en un hogar de ancianos. Para llenar los requisitos de estos programas, una persona debe de cumplir con criterio económico tanto como funcional.

**Criterio Funcional:** El solicitante debe de demostrar físicamente que necesitan ayuda práctica para realizar algunas Actividades de la Viva Cotidiana (ADL) o Impedimento Cognitivo. Las necesidades de ADL incluyen: bañarse, vestirse, comer, transferencias y usar el servicio.

**Criterio Económico:** Los ingresos y activos deben de llegar al límite que se permite o bajo tal límite. El programa de PCA es un programa de Medicaid y los solicitantes deben de cumplir con el criterio económico de Medicaid. CHCPE también es un programa de Medicaid, sin embargo, para los solicitantes quienes no llenan los requisitos debido a sus ingresos o activos bajo las reglas de Medicaid, es posible que llenen los requisitos para servicios bajo el programa, pero patrocinado por el estado. *Se provee estos servicios patrocinados por el estado solamente si hay fondos disponibles y los individuos quienes reciben los servicios patrocinados por el estado deben de pagar 3% del costo del servicio.* Si solicita usted el CHCPE y parece que llena los requisitos económicos de Medicaid, los cuales se desglosan abajo, se le va a requerir que solicite Medicaid.

#### INFORMACIÓN DE INGRESOS Y ACTIVOS

| LÍMITES DE INGRESOS MENSUALES       | <sup>1</sup> CHCPE y PCA LÍMITE DE LA EXENCIÓN       | LÍMITE PARA LOS FONDOS ESTATALES        |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                     | <b>\$2,901.00 por mes</b>                            | <b>No hay límite</b>                    |
| Límites de los activos <sup>2</sup> | CHCPE y PCA (CON EXENCIÓN)                           | PATROCINADO POR EL ESTADO               |
| Individual -                        | <b>\$1600.00</b>                                     | <b>\$47,376.00</b>                      |
| Pareja -                            | <b>\$3,200.00 (Ambos reciben servicios)</b>          | <b>\$63,168.00 – Activos combinados</b> |
| Pareja -                            | <b>\$1600.00 <sup>3</sup> (Uno recibe servicios)</b> |                                         |

**<sup>1</sup> Ingresos – Cómo el DSS cuenta sus ingresos mensuales:** Contamos sus ingresos mensuales totales (bruto), *antes de cualquier deducción, incluyendo cualquier deducción de las primas de Medicare.* Esto incluye todos los ingresos que recibe normalmente, como el sueldo, la pensión, el Seguro Social, los beneficios del Veterano e Ingresos del Seguro Social. Contamos solamente los ingresos de usted, no los de su cónyuge ni los de nadie más. Apunte solamente sus ingresos y no ponga los de nadie más.

**<sup>2</sup> Activos – Cómo el DSS cuenta todos sus activos:** Contamos todos los activos que pertenecen a usted y su cónyuge. Esto incluye, pero no se limite a, propiedad inmueble que no se usa como su hogar, vehículos de motor que no son esenciales, autocaravanas, barcos, cuentas bancarias/de cooperativas de crédito (de ahorros, corriente, CD, IRA, cuenta de club de vacaciones o de navidad), acciones, fideicomisos irrevocables, bonos, Bonos de Ahorros de los EEUU, valor total de rescate en efectivo de seguro de vida con un valor nominal que excede \$1,500.00.

**<sup>3</sup> Notificación a Parejas Casadas–** Según la ley federal, una pareja casada puede quedarse con algunos activos para el cónyuge que vive en el hogar mientras que el otro cónyuge está en una casa para ancianos o está recibiendo cuidado del nivel de casa de ancianos pero en el hogar. Esto se llama evaluación conyugal. Cualquier activo que se incluye en la evaluación conyugal no contará contra el límite de los activos. Cuando solicite Medicaid, determinaremos la evaluación conyugal y le dejaremos saber cuánto se le permitirá quedar.

#### Información Importante Adicional

► **Para el CHCPE:** Si sus ingresos están bajo el límite del programa, pero sus activos contados exceden el límite, entonces usted no será candidato para los servicios del CHCPE hasta que reduzca sus activos para que estén bajo el límite. No se le requiere gastar sus activos sobrantes en cuidados de salud. Se los puede gastar en cualquier bien o servicio para usted mismo o para su cónyuge, mientras que reciba el valor justo del mercado para sus activos sobrantes y que guarde todos los recibos. Cuando ha reducido los activos al límite, puede solicitar de nuevo los servicios del CHCPE.

► **Para el programa de PCA:** De todas formas, se le puede añadir a la lista de espera independientemente de si está dentro de los límites de ingresos o activos o no cuando solicita. Solo se le requiere estar dentro de los límites económicos del programa cuando se le ofrecen los servicios.

► **Para ambos programas:** Puede que el DSS requiera que su cónyuge contribuya al costo de los servicios proporcionados a usted si es que su cónyuge no está recibiendo los servicios también. Igualmente, puede que el DSS recupere el costo de los servicios proporcionados de su herencia.

## EL FORUMALRIO DE REFERIDO PARA OPCIONES EN LA COMMUNIDAD

Favor de marcar el Programa que usted desea solicitar:

- ☐ El Programa de Cuidado en el Hogar de Connecticut para Ancianos (CHCPE)  
☐ El Programa de Ayudante de Cuidado Personal con Exención (PCA)

| Sección A                                                                                                                                                                                          |  | INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Apellido del Solicitante _____                                                                                                                                                                     |  | Nombre _____                                                                                                                                                                        |  |
| Fecha de nacimiento _____                                                                                                                                                                          |  | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo |  |
| Número de Seguro Social _____                                                                                                                                                                      |  | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                        |  |
| Dirección(del solicitante) _____                                                                                                                                                                   |  | Pueblo _____ Estado _____ Código Postal _____                                                                                                                                       |  |
| Teléfono _____                                                                                                                                                                                     |  | Número de Medicaid(si es que tenga) _____                                                                                                                                           |  |
| Yo vivo: (marque uno) <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con familia <input type="checkbox"/> En un hogar grupal <input type="checkbox"/> en un centro de atención residencial |  |                                                                                                                                                                                     |  |

| Sección B                            |  | Información Económica                        |  |
|--------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|
| 1. Mis ingresos mensual es: \$ _____ |  | 2. La suma total de mis activos es: \$ _____ |  |

| SECCIÓN C                                                                                                                                                                                                                                         |  | Las Necesidades Funcionales |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 1. Diagnóstico médico o condición: (Escriba abajo) _____                                                                                                                                                                                          |  |                             |  |
| 2. Necesidades Personales: Díganos si necesita ayudar con las tareas listadas. (Escriba el número que corresponde con su necesidad):<br><b>0 = No ayuda    1 = Necesita Supervisión / Recuerdo    2 = Ayuda práctica    3 = Dependencia Total</b> |  |                             |  |
| Actividades de la Vida Cotidiana (ADL): Bañarse ____ Vestirse ____ Comer ____ Usar el Servicio ____ Transferencias ____                                                                                                                           |  |                             |  |
| Actividades de la Vida Cotidiana Independientes (IADL): Andar ____ Medicamentos ____ Preparar Comida ____                                                                                                                                         |  |                             |  |
| Continencia (Control de la vejiga y/o intestino) _____                                                                                                                                                                                            |  |                             |  |
| ¿Le ayuda alguien de su familia o de la comunidad (vecinos)?    Sí                      No                                                                                                                                                        |  |                             |  |
| 3. Problemas de la Conducta: (Ponga un círculo sobre todo que aplica)                                                                                                                                                                             |  |                             |  |
| Deambular                      Abusivo / Agresivo                      Autolesiones                      Agresivo Verbalmente                      Costumbres no seguros/dañosos                                                                  |  |                             |  |
| Amenazas contra la seguridad                                                                                                                                                                                                                      |  |                             |  |

| Sección D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Punto de Contacto      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| Llene esta sección si quisiera usted que contactemos a otra persona quien le está ayudando con este proceso. Si la persona quien le ayudar es su representante con el poder, su curador o tutor, favor de proveernos una copia de los documentos correspondientes. Si quiere que el DSS se comuniquen con alguna otra persona, el personal le proporcionará el formulario W-298, Autorización para Revelar Información. Favor de llenar este formulario y devolverlo a la dirección indicada en el pie de esta hoja. |  |                        |  |
| Nombre _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | No. de teléfono. _____ |  |
| Relación (familia, amigo, curador representante de poder, etc.) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                        |  |

X \_\_\_\_\_

Firma del solicitante o marque (X)

Fecha

Firma del testigo si marcado con una X

| Persona quien llena el formulario                                                                                                                                         | Relación | Número de teléfono |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|
| SOLAMENTE PARA EL PERSONAL DEL CENTRO: Favor de llenar si la persona está en un hospital o centro para ancianos. (No se requiere si hay una evaluación de salud adjunta.) |          |                    |
| Nombre del centro: _____                                                                                                                                                  |          |                    |
| Personal / Fecha _____                                                                                                                                                    |          | Teléfono # _____   |

**Envie a: Department of Social Services, Community Options, 9<sup>th</sup> floor, 55 Farmington Ave, Hartford, CT 06105-3725 o por Fax al 860 424-4963**

Las personas sordas o que tenga dificultad en oír y tienen un dispositivo de TDD/TTY pueden comunicarse con el DSS al 1-800-842-4524. Las personas ciegas o con impedimentos de la vista pueden comunicarse con el DSS al 1-860-424-5040.