

Joe Lombardo
Governor



Richard Whitley,
MS Director

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

AGING AND DISABILITY SERVICES DIVISION
Helping people. It's who we are and what we do.



Dena Schmidt
Administrator

January 2023

Form Release Memo (FRM) - OCL Program Application

Propósito:

Este formulario captura la información necesaria para procesar una consulta relacionada con los siguientes programas: Community Options Program for the Elderly (COPE), Personal Assistance Services (PAS), the Home and Community Based Services (HCBS) Waiver for the Frail Elderly (FE) or the HCBS Waiver for Persons with Physical Disabilities (PD).

Nota: Esta solicitud reemplaza el formulario referido 102-R. El formulario CBC-102 R paso a ser obsoleto desde el 1ro. de abril del 2021.

Requisitos:

1. Se requiere esta solicitud para todos los solicitantes que pidan una evaluación para los programas COPE, PAS, HCBS FE Waiver or HCBS PD Waiver.
2. Se requiere verificar todos los ingresos y recursos.
3. Esta solicitud puede ser enviada a cualquier oficina de Aging and Disability Services Division (ADSD) a través de los siguientes métodos:
 - a. En persona
 - b. Por correo postal
 - c. Fax
 - d. Por correo electrónico
4. La información de contacto para cualquier oficina se puede encontrar en la pagina web de ADSD: http://adsd.nv.gov/Contact/Contact_AgingDisability/

Instrucciones generales para completar la solicitud

Selección del programa: Marque la (s) casilla (s) del programa solicitado

- Información adicional para cada programa puede ser encontrado en los siguientes enlaces:
 - Personal Assistance Services (PAS) http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/PersAsstSvc/PAS_Prog/
 - Community Service Options Program for the Elderly (COPE) http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/COPE/COPE_Prog/
 - Home and Community Based Services (HCBS) Waiver for the Frail Elderly (FE) [http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/HCBS_\(FE\)/HCBS_\(FE\)/](http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/HCBS_(FE)/HCBS_(FE)/)
 - HCBS Waiver for Persons with Physical Disabilities (PD) [https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/PD_Waiver/Waiver-for-Person's-with-Physical-Disabilities-\(PD\)/](https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/PD_Waiver/Waiver-for-Person's-with-Physical-Disabilities-(PD)/)

Información Demográfica	
Nombre del solicitante (apellido, primer y segundo nombre)	Escriba el nombre del solicitante: apellido, primer y segundo nombre
Número del Seguro social	Escriba el número del seguro social del solicitante
Fecha de nacimiento	Escriba la fecha de nacimiento del solicitante
Lenguaje primordial del solicitante	Seleccione el lenguaje apropiado: inglés, español u otro. Si selecciono otro, escriba el lenguaje primordial del solicitante
Domicilio físico	Escriba el domicilio físico del solicitante
Número de Medicare	Escriba el número de Medicare del solicitante. Si no tiene Medicare, escriba N/A
Edad	Escriba la edad del solicitante
Sexo	Escriba el sexo del solicitante
Ciudad, Estado, Código Postal	Escriba la ciudad, estado, código postal del domicilio físico del solicitante
Estado Civil	Escriba el estado civil del solicitante: casado, divorciado, soltero, separado
Raza/grupo étnico	Escriba raza/ grupo étnico del solicitante
Domicilio postal	Escriba el domicilio postal del solicitante
Ciudad, Estado, Código Postal	Escriba la ciudad, estado, código postal del domicilio postal del solicitante
Número de teléfono	Escriba el número de teléfono del solicitante
Correo electrónico	Escriba el correo electrónico. Si no tiene correo electrónico escriba N/A
Número de teléfono secundario	Escriba el número de teléfono secundario si tiene, Si no escriba N/A
Persona refiriendo y relación con el solicitante	Si el solicitante es referido por otra persona, escriba el nombre y la relación con el solicitante. Si no fue referido por otra persona, escriba N/A
¿Quién esta completando la solicitud?	Si el solicitante no lleno esta solicitud, escriba el nombre de la persona que lo hizo. Si fue el solicitante, escriba N/A
Número telefónico de la persona que lleno la solicitud	Si el solicitante no lleno esta solicitud, escriba el número de teléfono de la persona que lo hizo. Si fue el solicitante, escriba N/A
Situación de vivienda actual	Seleccione la opción más apropiada de la solicitud Si es otra, deberá escribir cual es. Si es una institución de cuidado medico o residencia de grupo, escribe el nombre de la entidad.
¿Está el solicitante actualmente en un hospital o una institución de cuidado médico	Seleccione Si o No
Si la respuesta es Si, escriba el nombre completo y domicilio de la institución	Si selecciono Si, escriba el nombre y domicilio de la institución
Fecha prevista de alta del hospital (si es conocida):	Si el solicitante está actualmente en un hospital o una institución de cuidado médico, escriba la fecha prevista de alta. Si es desconocida, escriba N/A
El solicitante tiene poder legal, tutela, o tramites de apoyo en toma de decisiones	Seleccione Si o No
Si la respuesta es sí, escriba nombre completo, y número de teléfono	Si selecciona si, escriba el nombre completo, y número de teléfono de la persona con poder legal, guardián o persona involucrada en el acuerdo de toma de decisiones de apoyo
Otro Seguro médico	Escriba Si o No. Si la respuesta es sí, escriba el nombre de seguro de salud y número de póliza de seguro

Todas las personas que viven con el solicitante (Número de Seguro Social (SSN) y estado civil, solamente del solicitante y su esposo/a)	
Nombre	Nombre de la persona viviendo con el solicitante
Número de Seguro Social	Si el solicitante esta casado y vive con su esposo/a, escriba el número de seguro social del esposo/a
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento de la persona viviendo con el solicitante
Sexo	Escriba el sexo de la persona viviendo con el solicitante
Estado civil	Escriba el estado civil legal de la persona que vive con el solicitante
Relación con el solicitante	Escriba la relación o parentesco de la persona que vive con el solicitante

Como miembros del hogar son definidos:

El solicitante, su esposos/a, y niños menores de 18 años que viven en el hogar más del 50% del tiempo

Ingreso – Enumere a cualquier persona del hogar, incluido el solicitante			
Origen	¿Quién lo recibe?	Cantidad bruta	Frecuencia
Fuente del ingreso	Identifique el miembro de la familia que recibe el ingreso	Cantidad recibida antes de las deducciones	Semanal, cada 2 semanas, quincenal, mensual o anual
Tipos de ingresos			
Seguro Social (RSDI)	Seguro Social – ingreso por jubilación, beneficios para sobrevivientes, seguro por discapacidad,		
Seguro Social (RSDI)	Seguro Social – ingreso por jubilación, beneficios para sobrevivientes, seguro por discapacidad,		
Ingreso de Seguro Social Suplemental (SSI)	Seguro Social – Ingresos de seguridad suplementarios		
Ingreso de Seguro Social Suplemental (SSI)	Seguro Social – Ingresos de seguridad suplementarios		
Beneficios de veteranos	Ingresos recibidos a través de la Administración de Veteranos		
Ingreso de trabajo	Ingresos recibidos del lugar de trabajo		
Pension	Ingresos recibidos de la pension		
Cuenta de retiro individual IRA/401K	Ingresos recibidos de una cuenta de retiro, IRA, o 401K.		
Otro	Cualquier otra fuente de ingreso o ingresos adicionales de las fuentes mencionadas anteriormente		
Otro	Cualquier otra fuente de ingreso o ingresos adicionales de las fuentes mencionadas anteriormente		
Otro	Cualquier otra fuente de ingreso o ingresos adicionales de las fuentes mencionadas anteriormente		

¿Ha solicitado algún otro ingreso que aún no ha recibido?	Seleccione Si o No
¿Si la respuesta es Si, ¿Quién estará recibiendo el beneficio?	¿Si la respuesta es Si, Identifique al miembro de la familia que recibirá el ingreso, la fuente del ingreso, la frecuencia y cantidad de ingreso, Si es conocida
Fecha en que aplico	Fecha en que solicitó el ingreso adicional

Recursos –Anote todas sus propiedades y las propiedades compartidas			
Tipo de recurso	Propietarios	Fuente de recursos/compañía	Valor
Tipo de recursos	Identifique el propietario del recurso	Fuente/compañía donde se genera el recurso	El valor del recurso equivale al valor más bajo durante el mes
Tipo de recurso			
Ahorros	Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud		
Ahorros	Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud		
Cuenta de cheques	Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud		
Cuenta de cheques	Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud		
Fondos en Custodia Accesible	Un documento legal que puede identificar los ingresos y recursos de un individuo o familia. Se requiere entregar el documento completo a ADSD para ser revisado		
Bonos de Ahorro	Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud		
Caja Fuerte	Puede contener copias de hechos, pólizas de seguro, dinero y otros recursos contables. Se requiere la verificación y revisión de su contenido durante el proceso de solicitud		
Cuenta de Retiro Individual IRA	Cuenta de retiro individual		
Cuenta Keogh (401K)	Cuenta de retiro 401k		
Fondos/plan para entierro	Seguro comprado para cubrir los costos de entierro después del fallecimiento		
Poliza de Seguro de Vida	Seguro comprado para apoyar a los sobrevivientes después del fallecimiento. Puede ser un término de vida o un plan completo de vida		
Dinero en efectivo	Efectivo que el solicitante tiene en el momento de la solicitud		
Vehículo	Vehículo registrado a nombre del solicitante/esposo(a)		
Vehículo	Vehículo registrado a nombre del solicitante/esposo(a)		
Vehículo	Vehículo registrado a nombre del solicitante/esposo(a)		
Otro	Otros recursos no mencionados anteriormente		
Otro	Otros recursos no mencionados anteriormente		
Ha transferido el solicitante dentro de los 60 meses de la fecha de esta solicitud, desinvertido o transferido sus activos en un intento de calificar para los servicios del programa para el que están solicitando		Anote Si o No	

Gastos medicos– Solamente Personal Assistance Services (PAS) Incluya los gastos pagados unicamente por el solicitante			
Gastos médicos	Compañía de origen	Cantidad pagada	Frecuencia de pagos
Recetas médicas	Donde se surten las recetas	Cantidad pagada por el solicitante	Frecuencia de pago
Seguro médico	Compañía de seguros	Cantidad pagada por el solicitante	Frecuencia de pago
Otro	otros gastos médicos incurridos y pagados por el solicitante	Cantidad pagada por el solicitante	Frecuencia de pago
Otro	otros gastos médicos incurridos y pagados por el solicitante	Cantidad pagada por el solicitante	Frecuencia de pago
Otro	otros gastos médicos incurridos y pagados por el solicitante	Cantidad pagada por el solicitante	Frecuencia de pago
Otro	otros gastos médicos incurridos y pagados por el solicitante	Cantidad pagada por el solicitante	Frecuencia de pago

Información de salud/social	
Diagnóstico (s)	Escriba el diagnóstico (s) del solicitante
Número y teléfono del médico	Nombre y número de teléfono del médico del solicitante
¿Tiene el solicitante dificultades para tomar decisiones?	Seleccione Si, No o Se desconoce
¿Tiene el solicitante dificultades de memoria a corto plazo?	Seleccione Si, No o Se desconoce
Otras necesidades de atención	Anote cualquier necesidad de atención que el solicitante tenga que sea necesaria para la revisión de la solicitud.
Servicio que recibe actualmente (hospicio, salud en el hogar, etc)	Anotar todos los servicios que el solicitante esta recibiendo actualmente
¿Necesita el solicitante ayuda con cualquiera de los siguientes asuntos?	Marcar todos los que aplican
Utiliza el solicitante alguno de los siguientes equipos	Marcar todos los que aplican

Necesidades del Servicio	
¿El solicitante necesita alguno de los siguientes servicios?	Marque todo lo que corresponda

Firma y afirmación

Revise el texto que explica el proceso de solicitud, los requisitos y el consentimiento para la solicitud. Si está de acuerdo, firme la parte inferior de la página 5, y si hay un representante autorizado que ayuda al solicitante, indíquelo en la segunda línea después de la firma. Se requiere comprobante de tutela, poder notarial o cualquier otro comprobante del representante en el momento de la solicitud.

Una vez que Office of Community Living (OCL) Department of ADSD reciba la solicitud, se revisará y será contactado por teléfono o por correo con la decisión o los próximos pasos del proceso.