



HEALTH CARE  
AUTHORITY

**Michelle Lujan Grisham, Governor**  
Kari Armijo, Secretary  
Kathy Slater Huff, Deputy Secretary  
Niki Kozlowski, Acting Deputy Secretary  
Alanna Dancis, Acting Medicaid Director

Estimado solicitante y/o tutor,

Gracias por su interés en Nuevo Mexico's Exenciones Basadas en el Hogar y la Comunidad Discapacidades del desarrollo (DD) y Mi Vía o en los Centros de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID).

Las siguientes páginas incluyen: 1) Formulario de Solicitud de Exenciones Basadas en el Hogar y la Comunidad y ICF/IID, 2) Información sobre HIPAA, 3) Lista de Contactos de la Oficina de Admisión y Elegibilidad y 4) Solicitando las Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) de Nuevo México — Preguntas Frecuentes (FAQS).

Envíe el **Formulario de Solicitud de Exenciones HCBS** completo y toda la documentación complementaria a la dirección o al número de fax que esta listado para su región en la Lista de Contactos de Admisión y Elegibilidad en la página 2 de este paquete. La fecha de su solicitud será la fecha en que la Oficina de Admisión y Elegibilidad de la DDS recibió su paquete de solicitud completo y firmado.

**Importante: la solicitud no se considerará completa sin lo siguiente; número de seguro social del solicitante, Firma en el Aviso de Reconocimiento de privacidad de HIPAA, firmado y reconocimiento de vista a domicilio; copias de reconocimiento que respalda un diagnóstico de discapacidad intelectual o una condición relacionada según lo requerido por el Código Administrativo de Nuevo Mexico (NMAC).**

Para más información sobre las Exenciones a Domicilio y en la Comunidad, visite nuestro sitio web en <https://www.hca.nm.gov/pre-serviceintake-bureau>.

Si necesita ayuda para cumplimentar este formulario, póngase en contacto con el trabajador de su región. La información de contacto esta en la página 2 de esta solicitud.

Una vez que recibamos su solicitud completa, el trabajador/a de elegibilidad asignado se pondrá en contacto con usted para revisar la solicitud y discutir los próximos pasos.

***Si necesita ayuda o información en español, por favor llámenos al número 575-997-7980.***

***Si usted es una persona con una discapacidad y requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodo especial para participar en el registro o los servicios, por favor llámenos a los números indicados anteriormente.***



# Pre-Service Intake Bureau Lista de contactos

## OFICINA DEL METRO

Supervisora de Pre Servicio:

**Andrea Grider**  
5300 Homestead Rd. NE, Suite 230  
Albuquerque, NM 87110  
505-630-9555  
Fax: 505-533-6077  
[andrea.grider@hca.nm.gov](mailto:andrea.grider@hca.nm.gov)

## OFICINA REGIONAL METROPOLITANA ESPECIALISTAS PRE-SERVICIO

### Megan Shores (A - E)

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230  
Albuquerque, NM 87110  
505-372-8022  
Fax: 505-533-6077  
[megan.shores@hca.nm.gov](mailto:megan.shores@hca.nm.gov)

### Erin Farley (M - R)

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230  
Albuquerque, NM 87110  
505-637-1567  
Fax: 505-533-6077  
[erin.farley@hca.nm.gov](mailto:erin.farley@hca.nm.gov)

### Denise Herrera (F-L)

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230  
Albuquerque, NM 87110  
505-389-3664  
Fax: 505-533-6077  
[denise.herrera1@hca.nm.gov](mailto:denise.herrera1@hca.nm.gov)

### Jovanna Miranda (S - Z)

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230  
Albuquerque, NM 87110  
505-372-8021  
Fax: 505-533-6077  
[jovanna.miranda@hca.nm.gov](mailto:jovanna.miranda@hca.nm.gov)

## OFICINAS REGIONALES

Supervisora de Pre Servicio:

**Beverly Estrada**  
1170 N Solano, Suite G  
Las Cruces, NM 88001  
575-997-7980  
Fax: 505-533-6077  
[beverly.estrada@hca.nm.gov](mailto:beverly.estrada@hca.nm.gov)

## ESPECIALISTAS DE PRE-SERVICIO DE LA OFICINA REGIONAL

### NORESTE

#### Tiara Shorty

(Housed in Gallup Office)  
2914 E Highway 66  
Gallup, NM 87301  
505-660-3542  
Fax: 505-533-6077  
[tiara.shorty@hca.nm.gov](mailto:tiara.shorty@hca.nm.gov)

### NOROESTE

#### Vacant

2914 E Highway 66 Gallup, NM  
87301  
505  
Fax: 505-533-6077  
[@hca.nm.gov](mailto:@hca.nm.gov)

### SURESTE

#### Phillip Bustamante (A - Q)

5300 Homestead Rd NE Ste 230  
Albuquerque, NM 87110  
505-372-8024  
Fax: 505-533-6077  
[phillip.bustamante2@hca.nm.gov](mailto:phillip.bustamante2@hca.nm.gov)

#### Bernadette Montoya (R - Z/ Regional Allocations)

726B S Sunset Ave  
Roswell, NM 88203  
505-372-8019  
Fax: 505-533-6077  
[bernadette.montoya@hca.nm.gov](mailto:bernadette.montoya@hca.nm.gov)

### SUROESTE

#### Bernice Rivera (A - L)

1170 N Solano, Suite G Las  
Cruces, NM 88001  
505-372-8023  
Fax: 505-533-6077  
[bernice.rivera@hca.nm.gov](mailto:bernice.rivera@hca.nm.gov)

#### Michelle Sanchez (M - Z)

1170 N Solano, Suite G Las  
Cruces, NM 88001  
(505)623-5337  
Fax: 505-533-6077  
[michelle.sanchez@hca.nm.gov](mailto:michelle.sanchez@hca.nm.gov)

## SOPORTE ADMINISTRATIVO DE PSIB

#### Romelia Mendoza

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230  
Albuquerque, NM 87110  
505-350-0034  
Fax: 505-533-6077  
[romelia.mendoza@hca.nm.gov](mailto:romelia.mendoza@hca.nm.gov)

#### Vacant

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230  
Albuquerque, NM 87110  
505  
Fax: 505-533-6077  
[@hca.nm.gov](mailto:@hca.nm.gov)

## BUREAU CHIEF

#### Nicole Hernandez

505-372-8017  
Fax: 505-533-6077

[nicole.hernandez3@hca.nm.gov](mailto:nicole.hernandez3@hca.nm.gov)

Revised 6/9/26



# Home and Community Based Waivers and Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF/IID)

<p>Llene cada sección de las páginas 3 y 4 de este formulario. Llene cada sección cuidadosa y completamente como le sea posible y devuelva el formulario a la oficina DDSD de su región. La dirección y los datos de contacto están en la lista adjunta.</p> <p>Las solicitudes se aceptarán cuando se hayan completado todas las secciones, incluido el número de seguro social del solicitante, incluida la sección firmada de HIPAA y Reconocimiento de visita a domicilio.</p>			<p>Para uso oficial: Date Stamp</p>							
<b>Información del Solicitante</b>										
Nombre- Apellido		Nombre		Inicial de segundo nombre		Numero de Seguro Social or ITIN (requiere)				
Dirección			Ciudad		Estado		Idioma de preferencia			
Código postal										
Dirección Postal			Ciudad		Estado		Fecha de nacimiento			
Código postal										
Condado en el que se solicitan los servicios			Sexo		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Condado de residencia			
Discapacidades del Desarrollo (DD) y edad de inicio			Correo electrónico				Numero de teléfono			
<b>Información del Tutor Legal *</b>		<input type="checkbox"/> Propio		<input type="checkbox"/> Padre		<input type="checkbox"/> Tutor legal/Agencia		<input type="checkbox"/> Poder notarial		
<p>Un representante legal es el padre o la madre de un menor de dieciocho años con autoridad legal para tomar decisiones en nombre del solicitante; un tutor legal personal; una persona con poder notarial autorizada para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de salud; o cualquier otra persona autorizada por la ley para actuar en nombre del solicitante. *Cualquier persona que no sea el solicitante o el padre/la madre de un menor <b>DEBE</b> incluir copias de los documentos que demuestren la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante.</p>										
Nombre- Apellido			Nombre			Correo electrónico				
Dirección Postal			Ciudad			Estado		Numero de teléfono		
Código postal										
<b>Repesante Autorizado</b>										
<p>Escriba el nombre y la información de contacto de la persona designada por el solicitante para ayudar o encargarse de asuntos relacionados con los servicios de atención médica del solicitante, o de una persona nominada por el solicitante para ser el punto de contacto en caso de que no se pueda localizar al solicitante.</p>										
Nombre- Apellido			Nombre		Relationship to applicant			Correo electrónico		
Dirección Postal			Ciudad			Estado		Numero de teléfono		
Código postal										
<p>Yo, _____, como tutor(a) legal del solicitante, doy permiso a DDSD para discutir el estado de la solicitud con la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente</p>										
<b>Firma :</b> _____					<b>Fecha:</b> _____					
<b>HIPAA: Se requiere un reconocimiento firmado de HIPAA para procesar esta solicitud.</b>										
HIPAA Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad (REQUERIDO)										
By signing below, I acknowledge that I was received a copy of the New Mexico Health Care Authority Notice of Privacy Practices.										
Requerido: Firma del Solicitante o Tutor Legal						Fecha:				



# Home and Community Based Waivers and Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF/IID)

Estándares de Servicios de DDSD			
<p>Reconocimiento de Visitas en el Hogar (REQUERIDO): De acuerdo con la misión de DDSD de proporcionar servicios libres de abuso, negligencia y explotación, toda persona aprobada para recibir servicios está sujeta a visitas obligatorias en el hogar realizadas por personal capacitado del Estado de Nuevo México para promover la salud y seguridad del individuo. Todos los proveedores de servicios deben cumplir y facilitar estas visitas.</p>			
<p>Al firmar a continuación, reconozco que, en caso de aprobación, estaré sujeto a visitas domiciliarias obligatorias.</p>			
<p><i>Firma del Solicitante o Tutor Legal</i></p>			<p><i>Fecha</i></p>
Nombre y relación de la persona que completa este formulario			
<p>Escriba el nombre de la persona que completó y envió este formulario, la firma, la relación con el solicitante y la fecha en que se completó el formulario.</p>			
<p><i>Nombre en letra de imprenta</i></p>	<p><i>Firma</i></p>	<p><i>Relación con el solicitante</i></p>	<p><i>Fecha</i></p>
DOCUMENTACIÓN (Las solicitudes no serán procesadas sin la documentación de respaldo)			
<p>La documentación necesaria para determinar si un solicitante cumple con los criterios de la Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p><b>Discapacidad intelectual:</b> Si está solicitando las Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), Exención de Discapacidades del Desarrollo (DD) o Mi Vía para un diagnóstico de discapacidad intelectual, la solicitud debe incluir un informe(s) diagnóstico completo elaborado por un profesional licenciado y calificado, con puntajes de coeficiente intelectual (CI) y de comportamiento adaptativo. Este documento debe verificar el diagnóstico de discapacidad intelectual.</p> </li> <li> <p><b>Condición relacionada:</b> Si está solicitando las Exenciones HCBS, DD o Mi Vía por una condición relacionada con la discapacidad intelectual, incluya un informe diagnóstico completo elaborado por un profesional licenciado y calificado. El diagnóstico de la condición relacionada debe estar verificado en el(los) documento(s) o en los resultados de las pruebas genéticas e incluir puntajes de coeficiente intelectual (CI) y/o de comportamiento adaptativo (de los últimos 3 años). La documentación también debe incluir la confirmación de limitaciones funcionales significativas en tres o más áreas de la vida en los últimos 12 meses.</p> </li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones educativas</li> <li>Plan de educación individual (IEP)</li> <li>Registros médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de evaluación multidisciplinario (MET)</li> <li>Revisión de la evaluación existente (REED)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones neuropsicológicas / psicológicas</li> <li>Evaluación del trastorno del espectro autista</li> </ul>	
Por favor, envíe por correo postal o por fax esta solicitud, junto con la documentación de respaldo, a la oficina regional indicada a continuación y en la hoja de contacto. Si tiene preguntas, comuníquese con el Especialista de Pre-Servicios asignado a su región, que se encuentra en la Hoja de Contacto.			
<p><b>Metro</b> (Bernalillo, Sandoval, Torrance, Valencia County)</p> <p>5300 Homestead Rd. NE, Suite 230, Albuquerque, NM 87110</p>	<p><b>Northeast</b> (Colfax, Harding, Los Alamos, Mora, Río Arriba, San Miguel, Santa Fe, Taos, Union County)</p> <p>2914 E. Hwy 66, Gallup, NM 87301</p>	<p><b>Northwest</b> (Cibola, McKinley, San Juan County)</p> <p>2914 E. Hwy 66, Gallup, NM 87301</p>	<p><b>Southeast</b> (Chavez, Curry, De Baca, Eddy, Guadalupe, Lea, Lincoln, Quay, Roosevelt County)</p> <p>726 South Sunset, Suite B, Roswell, NM 88203</p>
<p><b>Southwest</b> (Catron, Dona Ana, Grant, Hidalgo, Luna, Otero, Sierra, Socorro County)</p> <p>1170 N. Solano Dr., Suite G, Las Cruces, NM 88001</p>			
Es responsabilidad del solicitante o del tutor legal notificar a los Especialistas de Pre-Servicios de la oficina regional cualquier cambio de dirección o número de teléfono.			
<p>Si necesita ayuda o información en español, por favor llámenos al número 575-997-7980.</p>			
<p>Si usted es una persona con discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o requiere una adaptación especial para completar la solicitud, por favor llámenos.</p>			



Revision Date: June 30<sup>th</sup>, 2024

## Su Información. Sus derechos. Nuestras Responsabilidades.

Esta nota describe cómo se usa y se hace pública la información médica sobre Ud. y cómo tener acceso a esta información. **Por favor, revísela con cuidado.**

<p><b>Sus derechos</b></p>	<p><b>Ud. tiene derecho a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Obtener una copia de su historial médico y sus reclamaciones</li> <li>◆ Corregir la información de su salud y reclamaciones</li> <li>◆ Solicitar una comunicación confidencial</li> <li>◆ Pedir que limitemos la información que compartimos</li> <li>◆ Obtener una lista de aquellos con quienes compartimos su información</li> <li>◆ Obtener una copia de esta notificación de privacidad</li> <li>◆ Elegir a alguien que lo represente</li> <li>◆ Entablar una queja si Ud. cree que sus derechos sobre su privacidad han sido violados</li> </ul> <p>◆ <b>Vea en la página dos</b> para mayor información sobre estos derechos y cómo hacerlos valer</p>
<p><b>Su elección</b></p>	<p><b>Ud. tiene derecho a elegir la forma que se usa y comparte su información cuando:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Contestamos las preguntas sobre cobertura de su familia y amigos</li> <li>◆ Proporcionamos alivio por un desastre</li> <li>◆ Hacemos mercadeo para nuestros servicios y vendemos la información</li> </ul> <p>◆ <b>Vea en la página 3</b> para mayor información en estas elecciones y cómo hacerlas valer</p>
<p><b>Nuestros usos y divulgaciones</b></p>	<p><b>Podemos usar y compartir su información, mientras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le ayudamos a manejar el tratamiento médico que recibe</li> <li>◆ Administramos nuestra organización</li> <li>◆ Pagamos por sus servicios de salud</li> <li>◆ Administramos su plan de salud</li> <li>◆ Ayudamos con problemas de salud pública y seguridad</li> <li>◆ Hacemos investigación</li> <li>◆ Cumplimos con la ley</li> <li>◆ Respondemos a las solicitudes de compensación para trabajadores, policía y otras solicitudes del gobierno</li> <li>◆ Respondemos a demandas y acciones legales</li> </ul> <p>◆ <b>Véa las páginas 3 y 4</b> para mayor información sobre usos y divulgaciones</p>



## Sus Derechos

**Cuando se trata de la información de su salud, Ud. tiene ciertos derechos.**

Esta sección le explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades.

### **Obtener una copia de su historial médico y sus reclamaciones**

- ◆ Ud. puede pedir o ver una copia de su historial médico y reclamaciones y otra información de su salud que nosotros tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- ◆ Le daremos una copia o el resumen de su historial médico y reclamaciones, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Nos reservamos el derecho de cobrar una cantidad razonable basada en el costo.

### **Solicitar corrección de su historial médico y reclamaciones**

- ◆ Puede pedir que corriamos su historial médico y reclamaciones, si Ud. cree que hay información incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- ◆ Podemos decir “no” a su solicitud, pero le haremos saber la razón por escrito dentro de 60 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- ◆ Ud. puede pedir que le contactemos de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o enviar un correo electrónico a una dirección diferente.
- ◆ Consideraremos todas la solicitudes que sean razonables, y debemos decir “sí” si nos dice que sería un peligro para Ud. si nosotros no lo hacemos.

### **Pedir que limitemos la información que compartimos**

- ◆ Ud. puede pedir que **no** usemos ni compartamos cierta información de su salud para el tratamiento, pagos o en nuestras operaciones.
- ◆ No tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decir “no” si podría afectar su cuidado.

### **Obtener una lista de aquellos con quienes compartimos su información**

- ◆ Ud. puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información, hasta seis años antes a la fecha de su solicitud, con quien la hemos compartido, y por qué.
- ◆ Es nuestra responsabilidad incluir todas las divulgaciones excepto aquellas sobre su tratamiento, pagos, operaciones del cuidado de la salud, y ciertas otras divulgaciones (como las que Ud. nos pidió hacer). Le proporcionaremos un informe por año, gratis, pero cobraremos una cantidad razonable, basada en el costo, si Ud. solicita otra copia dentro de 12 meses.

### **Obtener una copia de la notificación de privacidad**

- ◆ Ud. puede solicitar en cualquier momento una copia en papel de esta notificación, incluso si Ud. haya acordado de recibir una notificación en forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad posible.

### **Elegir a alguien que lo represente**

- ◆ Si Ud. le ha dado a alguien un poder notarial médico, o alguien es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información de su salud.
- ◆ Nos aseguraremos que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por Ud. antes de que tomemos cualquiera acción.

### **Entablar una queja si Ud. cree que sus derechos han sido violados**

- ◆ Ud. puede entablar una queja si cree que nosotros hemos violados sus derechos. Puede contactarnos usando la información de la página 1 o ponerse en contacto con el actual oficial de cumplimiento de la División de Asistencia Médica, al (800) 283-4465.
- ◆ Ud. puede entablar una queja con el U.S. Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) en la oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue SW, Washington D.C. 20201 o llamando al (877) 696-6775 o visitando **[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)**
- ◆ No tomaremos represalias en su contra por entablar una queja.



323409883100022120000 1

Revised 6/9/26

<b>Sus Elecciones</b>	Relacionada con cierta información de salud, Ud. puede elegir sobre lo que nosotros compartimos. Si Ud. tiene preferencias claras de qué manera compartimos su información en las situaciones descritas en la sección de Responsabilidades, hable con nosotros. Háganos saber qué quiere que nosotros, hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.
-----------------------	---

**En estos casos, Ud. tiene tanto el derecho y la elección de decirnos que:**

- ◆ Compartamos la información con sus familiares, amigos cercanos u otras personas responsables del pago de su cuidado
- ◆ Compartamos información en una situación de ayuda debido a un desastre

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, nosotros simplemente compartiremos la información si creemos que es en su beneficio. También compartiremos su información para aminorar una seria o inminente amenaza a su salud o seguridad.

**En estos casos nunca compartimos su información a menos que Ud. nos haya dado un permiso por escrito:**

- ◆ Propósitos de mercadeo
- ◆ Venta de su información

<b>Nuestros usos y divulgaciones</b>	<b>¿Cómo usamos y divulgamos típicamente su información de salud?</b> Generalmente usamos o compartimos la información de su salud de las siguientes maneras.
--------------------------------------	--

**Le ayudamos a manejar el tratamiento que recibe**

- ◆ Podemos usar su información y compartirla con los profesionales que lo/la están tratando.

**Por ejemplo:** Un especialista nos envía una solicitud para un plan de su diagnóstico y tratamiento, de manera que él pueda tratarlo más adelante.

**Administrar nuestra organización**

- ◆ Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.
- ◆ No podemos usar su información genética para decidir ni si le daremos cobertura o no ni el precio de su cobertura. Esto no se aplica a planes de cuidado de la salud a largo plazo.

**Por ejemplo:** Usamos la información sobre su salud para desarrollar un mejor servicio para Ud.

**Pagar por sus servicios de salud**

- ◆ Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos sus servicios de salud.

**Por ejemplo:** Compartimos la información de su salud con su plan dental para coordinar pagos y trabajos dentales.



**¿De qué otra manera podemos usar y compartir su información de salud?**

Estamos autorizados a, o debemos, compartir la información de su salud de otros modos – generalmente en modos que contribuyen al bienestar del público, como salud pública e investigación. Debemos cumplir con ciertas condiciones que prescribe la ley antes de compartir su información para esos propósitos. Para más información vea: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

**Ayudar a la salud pública y problemas de seguridad**

- ◆ Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones tales como:
  - Prevenir enfermedades
  - Ayudar al retirar del mercado un product
  - Reportar reacciones adversas a medicinas
  - Reportar sospechas de abuso, descuido o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una seria amenaza a la salud o seguridad de alguien

**Hacer Investigación**

- ◆ Podemos utilizar o compartir su información para la investigación en salud.

**Cumplir con la ley**

- ◆ Podemos compartir la información sobre Ud. si las leyes federales y estatales así lo requieren, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quieren asegurarse que cumplamos con la ley federal de la privacidad.

**Responder a compensación para trabajadores, las agencias de la ley, y otras solicitudes del gobierno**

- ◆ Podemos usar y compartir información de salud sobre Ud.:
  - Para reclamaciones de compensación para trabajadores
  - Para el cumplimiento de la ley o con oficiales encargados de cumplir la ley
  - Con agencias supervisoras para actividades que la ley autoriza
  - Para funciones especiales del gobierno, como el ejército, seguridad nacional y servicios protectores del presidente.

**Responder a demandas y acciones legales**

- ◆ Podemos compartir la información sobre su salud para responder a una demanda de la corte o una orden administrativa o en respuesta a una citación legal

Hay leyes federales y estatales que pueden proteger o restringir ciertos tipos de información de salud para su uso o divulgación, tal como la información en relación al virus VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas, abuso de alcohol y drogas, enfermedades transmitidas por el sexo y salud reproductiva, y abuso o descuido de menores y ancianos.

**Nuestras Responsabilidades**

- ◆ Se requiere por ley mantener la privacidad y seguridad de su información protegida.
- ◆ Le haremos saber inmediatamente si ocurriera una violación que hubiera comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- ◆ Debemos seguir las obligaciones y prácticas de seguridad en esta notificación y debemos darle una copia de ella.
- ◆ No haremos uso ni compartiremos su información que no sea en la forma descrita en esta notificación, a menos que Ud. nos autorice por escrito. Si Ud. nos da su autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información: póngase en contacto con nosotros usando la información en la página 1 o póngase en contacto con el actual oficial de cumplimiento de la División de Asistencia Médica, al (800) 283-4465.

**Cambios a los términos de esta notificación**

- ◆ Podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos de Ud.

La nueva notificación estará disponible a petición suya o en nuestro sitio de la internet.

*Solicitar las exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la  
Comunidad (HCBS) de Nuevo México  
Preguntas frecuentes (FAQS)*

**¿Qué son las exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) y el Centro de Cuidado Intermedia?**

La Autoridad de Cuidado Médica (HCA), a través de la División de Apoyos para Discapacidades del Desarrollo (DDSD), proporciona exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), las exenciones por Discapacidades del Desarrollo y Mi Via, a personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo mediante la provisión de un sistema integral de apoyos comunitarios centrados en la persona, para que las personas vivan las vidas que prefieren, donde sean respetadas, empoderadas y libres de abuso, negligencia y explotación.

**¿Quién es elegible?**

Los servicios de HCBS están destinados a beneficiarios elegibles que cumplen con la definición de discapacidad del desarrollo de acuerdo con el Código Administrativo de Nuevo México (NMAC) 8.290.400. En general, para ajustarse a la definición de una discapacidad del desarrollo, la persona debe tener una discapacidad del desarrollo limitada a discapacidad intelectual (ID) o una condición relacionada (RC), según lo determine HCA/DDSD a través de la Oficina de Admisión Previa al Servicio (PSIB).

**Discapacidad intelectual (DI):**

Se considera que una persona tiene una Discapacidad Intelectual si presenta un funcionamiento intelectual general significativamente inferior al promedio, concurrente con déficits en el comportamiento adaptativo y manifestado durante el período de desarrollo.

**Condición Relacionada (RC):**

Se considera que una persona tiene una condición relacionada si tiene una discapacidad grave y crónica que cumple con todos los siguientes requisitos:

Es atribuible a una condición, distinta de la enfermedad mental, que se considera estrechamente relacionada con la discapacidad intelectual (DI) porque esta condición provoca limitaciones en el funcionamiento intelectual general o en la conducta adaptativa similares a las de las personas con DI y requiere tratamientos o servicios similares,

- Se manifiesta antes de que el individuo cumpla los veintidós (22) años,
- Es probable que continúe indefinidamente, y
- Resultado en limitaciones funcionales sustanciales (conducta adaptativa  $\leq 70$ ) en tres o más áreas.

## *Solicitar las exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) de Nuevo México*

### *Preguntas frecuentes (FAQS)*

#### **¿Cómo aplico?**

El primer paso en el proceso es completar el paquete de solicitud HCBS ICF/IDD que está disponible en línea en <https://www.hca.nm.gov/pre-service-intake-bureau/> o de su oficina local del DDS.

La fecha en que la solicitud completa es recibida por la Oficina de Admisión de Pre Servicio establece la fecha oficial de la solicitud del Registro Central. Después de que la Oficina de Admisión de Pre Servicio reciba la solicitud y los documentos de respaldo, un Especialista de Pre Servicio se pondrá en contacto con usted y le informará si la información está completa, y podrá determinar si la persona cumple con los criterios de NMAC o si se necesita información adicional.

Si se determina que es elegible, recibirá una carta de “Yes Match” confirmando que su nombre ha sido colocado en el Programa de Asignación para el próximo grupo de asignación según la fecha de su solicitud en el Registro Central.

#### **¿Hay servicios disponibles mientras estoy en el horario de asignación?**

Mientras su nombre figure en el Programa de Asignación para el próximo grupo de Asignación, puede haber otros servicios disponibles, incluyendo el Centro de Cuidado Intermedia (ICF) y los Fondos Generales del Estado (SGF):

- Un Centro de Cuidado Intermedio (ICF) para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID) proporciona, en un entorno residencial, evaluación continua, planificación, supervisión y tratamiento para ayudar a las personas con discapacidades intelectuales a funcionar al máximo de su capacidad. Para obtener más información sobre los servicios de ICF/IID, ubicaciones e información de admisión, comuníquese con el Coordinador del Programa ICF/IID al 505-623-1916.
- Los Fondos Generales del Estado (SGF) son servicios y apoyos limitados que son disponibles para personas que han completado la solicitud y el proceso de elegibilidad de HCBS y están en el Programa de Asignación con PSIB. Para obtener más información y saber qué servicios pueden estar disponibles, contacte al administrador de SGF al 575-932-8160.

#### **¿Qué sucede después?**

Cuando haya fondos disponibles, los solicitantes elegibles recibirán por correo dos documentos: una Carta de Interés (LOI), que le notifica que puede proceder con los siguientes pasos del proceso, y el formulario de Libertad de Elección Primaria (PFOC), que le permite seleccionar a su proveedor de servicios de gestión de casos/consultoría. Estas cartas se enviarán por correo a la dirección registrada en el Registro Central de PSIB, por lo que es esencial mantenerse en contacto regular con su Especialista de Pre Servicio para garantizar que su información se mantenga actualizada.