



Proyecto de Demostración El Dinero Sigue a la Persona De Carolina del Norte
Solicitud de Participación

Información requerida del Solicitante de MFP: Por favor complete toda la Solicitud de MFP antes de enviarla		
Fecha de hoy:		
Apellido del Solicitante	Nombre	Inicial de Segundo Nombre
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de Medicaid	Número de Medicare	¿Necesita Traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Método de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Correo Electrónico		
¿Ha participado anteriormente en MFP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nota: La participación en MFP está limitada a 3 instancias de aprobación de solicitud.		
Fecha de ingreso a esta institución: ¿Está establecida una fecha de alta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: Si hay fecha de alta, ¿es flexible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No IMPORTANTE: ¡El solicitante DEBE permanecer en la institución hasta que pueda hacer la transición bajo MFP! Este proceso toma al menos 30 días para establecer todos los servicios y apoyos necesarios.	Tipo de institución: <input type="checkbox"/> Centro de Enfermería Especializada <input type="checkbox"/> Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades Intelectuales <input type="checkbox"/> Hospital de Cuidados Intensivos <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento Residencial Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
Nombre de la Institución:	Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal: Condado:
Trabajador Social/Contacto:	Correo Electrónico:	
	Teléfono:	Fax:
¿Fue el solicitante admitido desde el hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí, fecha de admisión al hospital:	Fecha de alta del hospital:

Otras Estancias en Centros de Cuidado a Largo Plazo

¿Ha tenido el solicitante otras estancias en un centro de cuidado a largo plazo en el último año?

Sí No

(Esto incluye centros de enfermería especializada, centros de rehabilitación, hospitales, centros de cuidado intermedio, centros residenciales de tratamiento y hospitales psiquiátricos)

Estadía 1	Nombre de la Institución:		Dirección:	
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
	Fecha de Admisión:		Fecha de Alta:	
Estadía 2	Nombre de la Institución:		Dirección:	
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
	Fecha de Admisión:		Fecha de Alta:	

Diagnósticos

¿Tiene el solicitante un diagnóstico de salud mental? Sí No

Especifique:

¿Tiene el solicitante un diagnóstico de drogas y/o alcohol? Sí No

Especifique:

¿Tiene el solicitante un diagnóstico de discapacidad del desarrollo? Sí No

Especifique:

Si respondió Sí a cualquier diagnóstico, ¿está el solicitante recibiendo tratamiento o servicios? Sí No

Especifique:

Puntos de Contacto Principales			
Tutor legal (si aplica)			
Nombre: (apellido)	Primer Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:	
Dirección: Teléfono:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Tipo de Tutela: <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Patrimonio <input type="checkbox"/> Persona y Patrimonio			
Padres (si el solicitante es menor de 18 años)			
Nombre: (apellido)	Primer Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:	
Dirección: Teléfono:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Tipo de Tutela: <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Patrimonio <input type="checkbox"/> Persona y Patrimonio			
Familiar(es) Principal(es) u Otro(s) Punto(s) de Contacto			
Nombre:	Relación:	Teléfono: Número / Otro Medio de Contacto:	Tipo de Autoridad: <input type="checkbox"/> Familiar / Amigo – Sin responsabilidad legal por el solicitante <input type="checkbox"/> Familiar / Amigo – Tutor Legal <input type="checkbox"/> Familiar / Amigo – Poder Notarial <input type="checkbox"/> Tutor Organizacional
¿Esta persona asume autoridad para tomar decisiones por este solicitante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Nombre:	Relación:	Teléfono: Número / Otro Medio de Contacto:	Tipo de Autoridad: <input type="checkbox"/> Familiar / Amigo – Sin responsabilidad legal por el solicitante <input type="checkbox"/> Familiar / Amigo – Tutor Legal <input type="checkbox"/> Familiar / Amigo – Poder Notarial <input type="checkbox"/> Tutor Organizacional
¿Esta persona asume autoridad para tomar decisiones por este solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			

Completando la Solicitud

Nombre de la persona que completa/asiste con la solicitud:

Nombre de la Organización (si aplica):

Teléfono:

Fax:

Correo Electrónico:

Afiliación (marque una):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yo mismo (sin ayuda) | <input type="checkbox"/> División de Empleo e Independencia para Personas con Discapacidades (EIPD) |
| <input type="checkbox"/> Familiar, Amigo o Tutor Corporativo | <input type="checkbox"/> Agencia Principal CAP/DA |
| <input type="checkbox"/> Agencia de Contacto Local (LCA) | <input type="checkbox"/> Grupo Cívico / de Defensa |
| <input type="checkbox"/> Centro para Vida Independiente (CIL) | <input type="checkbox"/> Agencia del Área sobre Envejecimiento (AAA) |
| <input type="checkbox"/> Centro mencionado arriba | <input type="checkbox"/> Programa de Atención Integral para Ancianos (PACE) |
| <input type="checkbox"/> Proveedor Privado de Medicaid | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar): |
| <input type="checkbox"/> Organización de Atención Administrada (MCO) | |

Sobre Mí: Mis Necesidades e Intereses de Apoyo para Vivir en la Comunidad

Ingresos

¿Tiene el solicitante ingresos? Sí No

Ingresos Mensuales

SSI:

Beneficios de Veterano:

SSDI:

Otro (Especifique):

Total Estimado de Ingresos Mensuales:

Vivienda

¿Tiene actualmente una vivienda fuera de la institución? Sí No

Si tiene una vivienda fuera de la institución, indique la dirección de su casa/apartamento:

MFP no proporciona vivienda. MFP puede ofrecer apoyo en su búsqueda de vivienda al conectarlo con opciones de vivienda basadas en ingresos.

Si no tiene su propia vivienda fuera del centro a la cual regresar, ¿qué tipo de vivienda prefiere? (marque una):

Mi propia casa/apartamento

La casa/apartamento de mi familia

Hogar grupal de cuatro personas o menos (Solo para personas con discapacidades intelectuales)

Vida Familiar Alternativa / "AFL" (Solo para personas con discapacidades intelectuales)

¿Necesita ayuda para encontrar vivienda? Sí No

¿Ha solicitado un programa de vales de elección de vivienda (vivienda de la Sección 8)?
 Sí No

Si es así, ¿ha recibido un vale de vivienda? Sí No

Si no, ¿está interesado en solicitar opciones de vivienda basadas en ingresos?
 Sí No

***Por favor note que los tiempos de transición pueden variar dependiendo de la disponibilidad de vivienda y las preferencias.**

Sobre Mí: Mis Necesidades e Intereses de Apoyo para Vivir en la Comunidad

Sistema de Apoyo Comunitario

¿Quién será su sistema de apoyo personal en la comunidad?

Un sistema de apoyo personal en la comunidad es un individuo, o grupo de individuos que pueden ayudarle con cosas como transporte a citas médicas, compras de alimentos o eventos, entrega de comidas o asistencia para cocinar, contacto de emergencia ("disponible"), cuidado personal (uso del baño, cuidado higiénico o transferencia de la cama a la silla), etc.

Por favor considere incluir familia, amigos y apoyo de personas o grupos con los que está conectado, incluyendo grupos religiosos, grupos cívicos (ej.: Club de Leones, Club Rotario, clubes de lectura, Hermandades/Fraternidades, etc.)

Nombre:	Relación: / Afilación	Teléfono: Número / Otro Medio de Contacto:	Tipo de Apoyo (ej.: transporte, comidas, emergencias, cuidado personal, etc.):

Sobre Mí: Mis Necesidades e Intereses de Apoyo para Vivir en la Comunidad

Actividad (Por favor marque las casillas que apliquen)	Necesito Mucho Apoyo (Necesito asistencia práctica regular, o que las personas estén cerca la mayor parte del tiempo)	Necesito Algo de Apoyo (Puede que necesite ayuda con algunas de estas tareas, pero no todas, o necesito apoyo a veces, pero no todo el tiempo)	No Necesito Ningún Apoyo— Puedo hacerlo yo mismo(a)	Notas (Por favor anote cualquier información específica que desee compartir. Además, si conoce a alguien específico que pueda ayudarlo, por favor indique su nombre)
Moverme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantarme de la cama o una silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bañarme, vestirme, atender mis necesidades del baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preparación de comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mantenimiento del hogar, lavandería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toma de decisiones diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Quién proporcionó la información para completar esta sección? (Marque Una)

- El solicitante de MFP directamente (incluso si otra persona necesitó escribir físicamente)
- Un familiar, tutor u otro apoyo del solicitante
- Personal del centro
- Otro (indique aquí):

Complete este formulario, así como la Autorización de MFP para Divulgar Información de Salud, y envíe por fax todas las páginas al 919-882-1664, o por correo electrónico (protegido con contraseña) a mfpinfo@dhhs.nc.gov



Solicitud de MFP de NC:

Autorización para Divulgar Información de Salud

Por favor complete este documento como parte de su Solicitud de MFP

Nombre del Solicitante de MFP: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Identificación de Medicaid del Solicitante de MFP _____

Para asegurar una transición coordinada y organizada a un nuevo lugar de residencia, Yo, _____ (Solicitante de MFP o Representante Autorizado) por la presente autorizo al Personal de Money Follows the Person de NC y a los Coordinadores de Transición a divulgar mi/el nombre, ubicación e información de salud del Solicitante de MFP relacionada con el proceso de transición a las siguientes agencias:

Descripción del Contacto	Razón para Contactar	Notas
El centro en el que vive actualmente (por ejemplo, el trabajador social y el especialista de facturación allí).	Para comenzar el proceso de coordinación de transición y asegurar su elegibilidad para este Proyecto	Esto incluye Centros de Desarrollo del Estado, Centros Residenciales de Tratamiento Psiquiátrico (PRTF), Centros de Cuidado Intermedio (ICF), Instituto para Enfermedades Mentales (IMD), o el Centro de Enfermería Especializada (SNF).
La entidad de Medicaid que supervisa los servicios de gestión de casos en su área.	Para asegurar que puedan participar en el proceso de planificación.	Esto incluye la entidad que supervisa sus HCBS: CAP/DA CME, LME/MCO, o centros PACE.

Descripción del Contacto	Razón para Contactar	Notas
La División de Empleo e Independencia para Personas con Discapacidades (EIPD)	Para ayudar a coordinar el proceso de transición (si aplica). Para acceder a apoyo relacionado con modificaciones del hogar y tecnología de asistencia (según aplique).	Esto puede no ser necesario para cada participante de MFP
El Departamento de Servicios Sociales (DSS) local (por ejemplo, el Representante de Medicaid)	Para ayudar a aclarar preguntas sobre su inscripción en Medicaid o posible estado deducible.	
La División de Envejecimiento	Para acceder a apoyo para identificar y asegurar vivienda cualificada.	Esto puede no ser necesario para cada participante de MFP
Individuos y/o Representantes listados en esta solicitud	Para apoyar los esfuerzos de planificación de la transición.	
<p style="text-align: center;">IMPORTANTE</p> <p style="text-align: center;">Si tiene preocupaciones sobre el personal de MFP y los coordinadores de transición contacten a cualquiera de las entidades listadas arriba, por favor explique aquí:</p>		

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD Y SU PRIVACIDAD

*** El Personal del Proyecto MFP está disponible para proporcionar explicación adicional si tiene alguna pregunta sobre la información a continuación.**

Al marcar aquí y firmar la siguiente página:

- Entiendo que esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:
Un año después de mi transición bajo MFP (o si decido dejar el programa MFP).
- Entiendo que, si no especifico una fecha o condición de expiración, esta autorización es válida por el período de tiempo necesario para cumplir su propósito hasta por un año, excepto para divulgaciones de transacciones financieras, en las que la autorización es válida indefinidamente. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que se me pedirá firmar un formulario de Revocación. Además, entiendo que cualquier acción tomada sobre esta autorización antes de la fecha de rescisión es legal y vinculante.
- Entiendo que mi información puede no estar protegida contra la re-divulgación por parte del solicitante de la información; sin embargo, si esta información está protegida por las Regulaciones Federales de Confidencialidad de Abuso de Sustancias, el destinatario no puede volver a divulgar dicha información sin mi autorización escrita adicional, a menos que así lo disponga la ley estatal o federal.
- Entiendo que, si mi expediente contiene información relacionada con infección de VIH, SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, esta divulgación incluirá esa información. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago por servicios, o mi elegibilidad para beneficios; sin embargo, si un proveedor que no brinda tratamiento (ej.: compañía de seguros) solicita un servicio con el único propósito de crear información de salud (ej.: examen físico), el servicio puede ser denegado si no se otorga la autorización. Si el tratamiento está relacionado con investigación, el tratamiento puede ser denegado si no se otorga la autorización.
- Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

Firma y Autorización

Las transiciones toman tiempo. Tomará un **mínimo de 30 días**, y muy probablemente más tiempo, para que MFP ponga todos los servicios y apoyos en su lugar para facilitar una transición.

- Entiendo que el solicitante debe permanecer en el centro hasta que la transición pueda llevarse a cabo con MFP.
- Entiendo que, si el solicitante deja el centro antes de que MFP pueda facilitar la transición, todos los servicios y apoyos de MFP serán suspendidos y seré dado de baja del programa.
- Entiendo que el solicitante solo puede solicitar MFP tres (3) veces, y al dejar el centro antes de la transición con MFP se está usando una de las solicitudes.

Para completar la solicitud, por favor firme y feche abajo

Firma o Marca del Solicitante:	Fecha (MM/DD/AAAA):
Firma del Tutor Legal/Padre/Madre / Representante Autorizado (si aplica):	Fecha (MM/DD/AAAA):

Complete este formulario, así como la Solicitud de MFP, y envíe por fax todas las páginas al 919-882-1664, o por correo electrónico (protegido con contraseña) a mfpinfo@dhhs.nc.gov

MFP Staff Use Only		
Date Application Received	Date Application Checked	Date Linkage email: Sent
Income		
Income from NCFAST: \$ <input type="checkbox"/> No Income in NC FAST Listed. Please confirm with participant and coordinate any necessary activity with Local Social Security Office <input type="checkbox"/> Deductible Not Likely <input type="checkbox"/> Deductible Possible. Please work with the participant to confirm with local Adult Medicaid staff at DSS in Medicaid County: of Origin. As of April 1, 2025, the income limit has increased to \$1,305.00.		
Criminal History		
Applicant has a criminal record identified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Medicaid and Medicare Information		
Medicaid County:	Facility County:	Facility Type
Medicaid Type: <input type="checkbox"/> MAD <input type="checkbox"/> MAA <input type="checkbox"/> Other: (**Please be aware that NOT all Medicaid types are accepted by every waiver program. The Medicaid type may need to be changed before waiver is approved **)		
Medicare <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Approval Details		
Meets qualified institution/facility <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Meets qualified residence <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
In institution / facility at least 60 days <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medicaid eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Application Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	MFP ID	
Transition Entity	Transition Coordinator	
Linkage Email: Sent to: <input type="checkbox"/> Transition Coordinator Listed Above <input type="checkbox"/> Statewide Transition Coordination Entity <input type="checkbox"/> Institution Social Worker/Discharge Coordinator: <input type="checkbox"/> MCO Agency:	<input type="checkbox"/> Responsible Party: <input type="checkbox"/> MFP Associate Director: <input type="checkbox"/> PACE Entity <input type="checkbox"/> Other (Specify):	
Authorized By		
Print Name:		
Signature:		Date: