



# Manual del Consumidor

## PROCESO DE EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN Y APELACIÓN DE IHSS





Estimado Consumidor;

El Consejo Asesor de la Autoridad Pública del IHSS da la bienvenida a todos los nuevos consumidores del IHSS, a todos los consumidores actuales del IHSS, y a todos los integrantes de sus familias y amigos de los consumidores del programa del IHSS. Comprendemos qué complicado puede ser el sistema del IHSS y somos optimistas que ésta Guía del Consumidor, junto con los Materiales de Entrenamiento del Consumidor ofrecidos por la Autoridad Pública del IHSS, cubrirán muchas de sus preguntas e intereses al respecto.

El Consejo Asesor de la Autoridad Pública reconoce francamente que un consumidor informado puede hablar en favor de sí mismo o con la ayuda de sus familiares y amigos, para utilizar el sistema del IHSS y para eficazmente permanecer seguros y confortablemente en sus propios hogares. Ésta Guía del Consumidor tiene el propósito de ayudarlo a comprender el sistema del IHSS, y como puede auxiliario en esa tarea.

El Consejo Asesor de la Autoridad Pública hace recomendaciones al Cuerpo Gobernante de la Autoridad Pública, (el Consejo de Supervisores del Condado de Santa Clara), en todos los asuntos relacionados con IHSS y ayuda personal y asistencia domiciliaria. En pocas palabras representamos la voz del consumidor y asumimos seriamente nuestra función en favor del consumidor. Sus comentarios, sugerencias y contribuciones relacionados con el sistema del IHSS en el Condado de Santa Clara, serán bien recibidos.

Disfrute el Manual del consumidor y esperamos satisfacer sus necesidades de capacitación de varias maneras a lo largo del año.

Atentamente,

Janie Whiteford  
Miembro de la Junta Consultiva



# Cómo Convertirse en su Propio Defensor

Como consumidor del programa de In-Home Supportive Services (IHSS) es muy importante que usted, los miembros de su familia que lo apoyan, los amigos y los profesionales involucrados se conviertan en fuertes defensores de usted y de sus necesidades.



Sin embargo, la responsabilidad principal, cuando sea posible, recae en usted para convertirse en un defensor informado, educado y proactivo para usted o sus necesidades.

Ser un DEFENSOR significa:

- Usted se informa sobre el Programa IHSS y aprende cómo puede funcionar para usted.
  - Usted busca la ayuda de los Servicios de la Autoridad Pública de Sourcewise, de los trabajadores sociales y de los profesionales para que se satisfagan sus necesidades.
- 
- Usted entiende sus propias necesidades haciendo una autoevaluación y puede explicar esas necesidades a un trabajador social. Sea honesto consigo mismo.
  - Se compromete a ser un buen empleador y gestor/capacitador de su proveedor de atención independiente.
  - Si es posible, se convierte en defensor de otras personas con necesidades similares. Abogue por ellos individualmente y por el cambio del sistema.

- Para obtener más información sobre los funcionarios electos del condado de Santa Clara, haga clic en el siguiente enlace o cópielo y péguelo en la barra de búsqueda de su navegador:

<https://www.sccgov.org/sites/scc/gov/Pages/Elected-Officials.aspx>

- Para obtener más información sobre los funcionarios electos de California, haga clic en el siguiente enlace o cópielo y péguelo en la barra de búsqueda de su navegador:

[http://elections.mytimetovote.com/elected\\_officials/california.html](http://elections.mytimetovote.com/elected_officials/california.html)



- Se da cuenta de que nadie sabe más sobre sus necesidades que usted: sea honesto, directo y proactivo para conseguir, siempre que sea posible, que se satisfagan estas necesidades.

## Evaluación

Una vez que se ha determinado que un consumidor es apto para recibir los servicios IHSS, se le asigna un trabajador social. La tarea del trabajador social es realizar una visita a su domicilio y determinar para qué servicios



IHSS es elegible y cuántas horas recibirá al mes. El Condado debe hacer la evaluación en los 30 días siguientes a su solicitud.

El éxito de este proceso exige que el consumidor sea parte integral del mismo. Estar informado y preparado ayuda tanto al trabajador social como al consumidor a obtener las horas de cuidado requeridas para permanecer con seguridad en su hogar y para establecer y mantener un arreglo de vida independiente. Para ayudar en este proceso, el consumidor debe hacer una autoevaluación personal para documentar cuáles son sus necesidades. Ver el [Apéndice A](#) para una hoja de trabajo de autoevaluación. Este registro documenta las tareas que se realizan cada día y el tiempo que se tarda en realizarlas, desde el principio hasta el final.

Hay ciertas directrices estatales, pero también mucho margen para las necesidades individuales. El número máximo de horas para servicios domésticos es de 6 horas al mes. El número máximo de horas para necesidades domésticas y personales es de 283 horas al mes.

Suele ser útil que un familiar y/o un amigo estén presentes durante la visita de evaluación. Es posible que recuerden algo que usted haya olvidado o que tengan una perspectiva diferente que resulte útil. Es importante ser franco y abierto y no minimizar su discapacidad. Recuerde que están trabajando juntos para que el trabajador social comprenda plenamente su situación.



## Reevaluación

El condado está obligado a hacer una reevaluación cada año para determinar si sus necesidades han cambiado, si necesita un número diferente de horas. Usted, el consumidor, es de nuevo muy importante en este proceso. Usted y su proveedor independiente son los que mejor saben lo que necesitan y deben informar al trabajador social si hay cambios.

Un consumidor puede solicitar una reevaluación en cualquier momento si sus necesidades han cambiado. Pueden ocurrir muchas cosas para que esto sea necesario; un cambio en su condición física, un cambio en los arreglos de vivienda, hospitalización, etc. Llame a su trabajador social de IHSS si desea solicitar una reevaluación.

*“Tener un proveedor independiente me permite tener una mejor calidad de vida”.*

-Richard, consumidor del IHSS

## Audiencia Imparcial

A veces, un consumidor impugna el número de horas que se le han concedido, o impugna una reducción de las horas concedidas o la finalización de los servicios. El siguiente proceso puede ayudar a resolver el problema.

1. Póngase en contacto con su trabajador social de IHSS y pida una reunión para discutir sus inquietudes con ellos. Si no está satisfecho,
2. Póngase en contacto con el supervisor de su trabajador social y discuta la situación con ellos. Si sigue sin estar satisfecho,
3. Solicite una audiencia imparcial: debe hacerlo dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que el condado le envió por correo su más reciente Notificación de Acción (NOA). Si solicita esta audiencia antes de la fecha que figura en el aviso de reducción, o antes de que la reducción entre en vigor, seguirá recibiendo todas sus horas hasta que finalice la audiencia. Si cree que no se le han concedido suficientes horas, puede impugnar la decisión del condado en cualquier momento. En la audiencia, usted puede hablar por sí mismo, o alguien más (un abogado, pariente, amigo u otra persona) puede hablar por usted.



- Ver [Apéndice B](#) para obtener más información sobre la audiencia imparcial, o mediante el siguiente enlace o copiándolo y pegándolo en la barra de búsqueda de su navegador:  
<http://www.cdss.ca.gov/Hearing-Requests>

**Para solicitar una audiencia:**

- Complete el reverso del formulario de Notificación de Acción (NOA) y envíelo a la dirección indicada,
- Envíe una carta que contenga su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del condado que tomó la acción en su contra (Santa Clara), el(los) programa(s) de ayuda involucrados (In-Home Supportive Services), y una razón detallada de por la que quiere una audiencia a:

California Department of Social Service  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244

por fax al: (916) 651-5210 o al (916) 651-2789

- Llame al número gratuito para solicitar una audiencia imparcial:  
(800) 743-8525 o al TDD (800) 952-8349

Para obtener más ayuda e información sobre el proceso de audiencia imparcial, póngase en contacto con el Programa IHSS al llamar al (408) 792-1600



## Hojas de trabajo para autoevaluaciones de Servicios de Apoyo en el Hogar

Servicios domésticos: solo para adultos. Los niños no son aptos para recibir horas de servicios domésticos.

Los servicios domésticos suelen limitarse a 6 horas al mes por familia y se dividen por el número de personas en la familia. Si necesita más de 6 horas de servicios domésticos al mes debido a la discapacidad del beneficiario (por ejemplo, una limpieza más frecuente del baño por incontinencia, mayor necesidad de quitar el polvo debido al asma, etc.), indique el tiempo necesario en las columnas a continuación.

**TABLA DE SERVICIOS DOMÉSTICOS DE IHSS PARA IMPRIMIR Y LLENAR**

SERVICIOS DOMÉSTICOS	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
a. Barrer y pasar la aspiradora								
b. Limpiar la encimera de la cocina								
c. Limpiar el horno y la estufa								

# EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN Y APELACIÓN

SERVICIOS DOMÉSTICOS	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
d. Limpiar y descongelar el refrigerador								
e. Guardar comida y suministros								
f. Sacar la basura								
g. Quitar el polvo y recoger								
h. Traer combustible para calefacción o para cocinar de un recipiente en el jardín, actividades varias								
i. Cambiar las sábanas								
j. Actividades varias								
<b>SERVICIOS DOMÉSTICOS TOTALES</b>								





Servicios relacionados: preparación de comidas, limpieza de alimentos, lavado de ropa rutinario, hacer las compras y otros mandados. (De lunes a domingo).

**TABLA DE SERVICIOS RELACIONADOS DE IHSS PARA IMPRIMIR Y LLENAR**

SERVICIOS RELACIONADOS	Lu.		Ma.		Mi.		Ju.		Vi.		Sá.		Do.		TOTAL
	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	
Desayuno=D, Almuerzo=A, Cena=C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C	D	A	C
a. Preparación de comidas, servir comidas, cortar la comida*															
b. Limpieza de comidas y planificar menús**															
c. Lavar la ropa, coser ropa, planchar, ordenar, plegar y guardar ropa (Normalmente, 60 minutos a la semana en el hogar, 90 minutos a la semana fuera del hogar)***															
d. Otras compras y mandados (Normalmente, 30 minutos a la semana como máximo)***															
<b>SERVICIOS RELACIONADOS</b>	<b>Lu.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Mi.</b>	<b>Ju.</b>	<b>Vi.</b>	<b>Sá.</b>	<b>Do.</b>	<b>TOTAL</b>							
<b>SERVICIOS RELACIONADOS TOTALES</b>															

# EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN Y APELACIÓN

TABLA DE SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS DE IHSS PARA IMPRIMIR Y LLENAR

SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
<u>LIMPIEZA PROFUNDA</u>								
<u>SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS</u>								
a. Respiración*								
b. Capacidad para hacer sus necesidades (incluida la ayuda para sentarse y levantarse del inodoro)*								
c. Alimentación y bebida*								
d. Baños en la cama*								
e. Vestirse*								
f. Cuidados menstruales*								
g. Ambulación*								
h. Meterse y salir de la cama*								
d. Asearse; bañarse; cuidado del cabello, dientes y uñas*								
<b>SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS</b>	<b>Lu.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Mi.</b>	<b>Ju.</b>	<b>Vi.</b>	<b>Sá.</b>	<b>Do.</b>	<b>TOTAL</b>
j. Frotar la piel para ayudar con la circulación, darse la vuelta en la cama, repositionars en la silla de ruedas, ayuda para entrar y salir de vehículos*								
k. Cuidado y ayuda con las prótesis*								
<b>SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL TOTALES</b>								



**TABLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE DE IHSS PARA IMPRIMIR Y LLENAR**

SERVICIOS DE TRANSPORTE	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.	TOTAL
Transporte médico								
a. A citas médicas***								
b. A recursos alternativos								
REDUCCIÓN DEL PELIGRO EN EL JARDÍN								
SUPERVISIÓN DE PROTECCIÓN								
<u>SERVICIOS PARAMÉDICOS</u> (por ejemplo, cateterismo, inyecciones, ejercicios de amplitud de movimiento, etc.; especifique)								
<b>SERVICIOS SEMANALES TOTALES</b> (Todo excepto servicios domésticos)								
Multiplique por 4.33 para obtener el total mensual								

# EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN Y APELACIÓN

# EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN Y APELACIÓN

Más los servicios domésticos (6 horas al mes como máximo, a menos que se pueda demostrar una necesidad mayor de horas en la página 1 anterior)										
<b>SERVICIOS MENSUALES TOTALES</b>										

\* Si las horas con asterisco suman 20 o más a la semana, el beneficiario cumple los requisitos para ser considerado como una persona con un "impedimento grave".

\*\* Las horas de limpieza de las comidas se incluyen para determinar si hay un impedimento grave si es necesaria la asistencia de IHSS con la preparación y el consumo de las comidas.

\*\*\* IHSS pagará el tiempo de transporte para ir y volver de las citas médicas, así como el tiempo de espera. Para que se le pague por esperar en una cita médica, el proveedor tiene que demostrar que, mientras está en la cita médica del beneficiario, no puede marcharse porque no puede predecir cuánto tiempo durará. Para obtener más información sobre el transporte para ir y volver de las citas médicas, así como los tiempos de espera de los proveedores en dichas citas, consulte nuestra publicación Tiempos de espera y de traslado de los proveedores de IHSS, disponible en Internet. [Pub. de DRC 5607.01](#).



# Apéndice B: Reverso de la Notificación de Acción (NOA)

## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

- Usted tiene derecho a solicitar una conferencia con el condado para hablar acerca de esta acción. En la conferencia, usted puede hablar por sí mismo o alguien más (un abogado, un familiar, una amistad, u otra persona) puede hablar por usted. Si quiere una conferencia, comuníquese con el condado.
- Ya sea que solicite una conferencia o no, también tiene derecho a pedir una audiencia si usted no está de acuerdo con cualquier acción del condado. **Solamente tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días empiezan el día después de que el condado le entregó o le envió por correo esta notificación.**
- Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a sus beneficios del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), sus servicios continuarán hasta que se lleve a cabo la audiencia. Si solicita una audiencia (en buena fe), no tendrá que reembolsar cualquier cantidad de dinero que reciba por los servicios que reciba mientras se lleve a cabo la audiencia, aunque la decisión de la audiencia determine que el condado estaba en lo justo al tomar esa acción.
- Puede solicitar una audiencia en persona o por escrito. Tiene que decir que quiere una audiencia y tiene que decir cuál es la razón o razones que la solicita.
- Puede solicitar una audiencia usted mismo o puede pedirle al condado que le ayude a pedirla. De cualquier manera, debe decirse a su trabajador lo más pronto posible.
- En una audiencia, usted puede hablar por sí mismo o alguien más (un abogado, un familiar, una amistad u otra persona) puede hablar en su lugar. Puede recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública. Para obtener información acerca de asesoramiento legal, llame al número gratuito mencionado en esta hoja.
- Si no quiere ir a la audiencia solo, puede traer a un familiar, una amistad u otra persona.
- En su oficina local de IHSS puede repasar los ordenamientos acerca de las audiencias.
- Divulgación de información: De acuerdo a la ley Estatal, la información que usted da para solicitar una audiencia es obligatoria para procesar su solicitud. Se establecerá un expediente para la audiencia y usted tiene el derecho de examinar la información en el expediente. Cualquier información que usted proporcione puede ser compartida con el condado o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

### PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- Complete esta página.
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- Envíe esta hoja a:

California Department of Social Services  
 State Hearings Division  
 P.O. Box 944243, Mail Station 8-16-50  
 Sacramento, CA 94244-2430

- O, llame gratuitamente al: 1-800-952-5253. Las personas con problemas de audición o del habla, que usan TDD\*, pueden llamar al 1-800-952-8349.

### PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia porque no estoy de acuerdo con la acción del condado relacionada a mis servicios sociales. La razón es la siguiente:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Si necesita más espacio, marque la casilla y adjunte otra hoja.
- Necesito que el Estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS SERVICIOS SOCIALES

NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FIRMA FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NÚMERO DE TELÉFONO

- Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)

NOMBRE NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

\*TDD: aparato de telecomunicaciones que usan las personas sordas o con problemas del habla

