



DEPARTAMENTO DE
SALUD

GUÍA PARA MANEJO DE CASO NO CLÍNICO EN LAS AGENCIAS COORDINADORAS

Rev. **diciembre 2023**

TABLA DE CONTENIDO

SECCIÓN	PÁGINA
Introducción	5
I. Manejo de Casos No Clínico	6
Criterios de Elegibilidad	8
Determinación y Confirmación de Elegibilidad	13
Certificación de Elegibilidad Provisional en Situaciones de Emergencia	18
Confidencialidad	19
Coordinación de Servicios	23
II. Servicios Medulares y de Apoyo Subvencionados con Fondos de Parte B	28
III. Mejoramiento de Calidad	37
IV. Frecuencia para la Revisión de Documentos Requeridos para Manejo de Caso No Clínico	37
Anejos	40


Versión

Versión Núm.	Editores/as	Fecha de revisión	Descripción del Cambio
1	Lucianne De La Rosa Aquino y Alexie Lugo	2012	Documento original
2	Lucianne De La Rosa Aquino, Suzzette Rivera Medina, Zobeilee Coriano Merced y Dra. Luz Marrero Rodríguez	Febrero 2020	Se revisaron todas las secciones.
3	Lucianne De La Rosa Aquino, Suzzette Rivera Medina, Zobeilee Coriano Merced y Dra. Luz Marrero Rodríguez	Marzo 2021	Se revisaron todas las secciones excepto la de confidencialidad con sus respectivos anejos.
4	Lucianne De La Rosa Aquino, Suzzette Rivera Medina y Dra. Luz Marrero Rodríguez	Marzo 2022	Se revisaron todas las secciones excepto la de confidencialidad con sus respectivos anejos.
5	Lucianne De La Rosa Aquino	Junio 2022	Se revisó la sección del Plan de Cuidado Individualizado, la de Notas de Progreso y se editó el Consentimiento para Visitas y Llamadas (Anejo E).
6	Lucianne De La Rosa Aquino, MA y Luz Marrero Rodríguez, PhD	Diciembre 2023	Se revisaron todas las secciones y se actualizaron los anejos A, B, D, E, F, G, H, I, L, Q, R y S.

Aprobación de Versión

El procedimiento que se presenta a continuación tiene como propósito establecer un esfuerzo coordinado y uniforme que permita que cada Manejador/a de Caso No Clínico (MCNC), en una agencia coordinadora, subvencionado/a con fondos del Programa Ryan White Parte B/ADAP, conozca los pasos a seguir y expectativas esperadas de su rol.

Esta Guía fue originalmente creada en el 2012 y posteriormente actualizada en febrero de 2020, marzo 2021, marzo 2022 y junio 2022. Sin embargo, con el fin de incorporar las guías establecidas en el HRSA/HAB PCN 21-02 en los procesos para determinar y confirmar la elegibilidad de participantes de servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP, así como integrar otros referentes que faciliten la verificación de la elegibilidad de los participantes y presentar nuevos sub-servicios, se hace la presente actualización de 2023. Esperamos que la misma sea de beneficio y utilidad a las personas destacadas en las agencias coordinadoras que como parte de su tiempo y esfuerzo fungen como MCNC.

Vo.Bo. 
Norma I. Delgado Mercado, M.A, PhD
Directora
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Fecha de Aprobación: 7 de diciembre de 2023

INTRODUCCIÓN

La Ley Ryan White es una legislación dirigida a atender las necesidades no cubiertas de las personas con diagnóstico positivo a VIH, mediante la subvención de servicios de cuidado médico y de apoyo para la condición del VIH, que mejoren el acceso y la retención del participante en el continuo de cuidado de salud. Esta legislación posibilita el que a través de la agencia federal *Health Resources and Services Administration (HRSA)*, se asignen fondos a las diferentes jurisdicciones de los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico, para el desarrollo e implantación de sistemas de servicios para combatir esta condición. Por medio de esta asignación, en Puerto Rico, el Departamento de Salud, entidades sin fines de lucro y otros proveedores pueden ofrecer aquellos servicios necesarios a la población con diagnóstico positivo a VIH de acuerdo con la particularidad de cada área geográfica en la Isla. La Ley Ryan White establece que estos fondos no pueden ser utilizados para reemplazar otros previamente asignados a nivel local o estatal, ni para pagar por servicios que se pueden cubrir con otros programas tales como *Medicaid*, *Medicare*, programas locales o estatales, o seguros médicos privados.

Bajo el Departamento de Salud, el Programa Ryan White Parte B/ADAP (PRWPB/ADAP) es responsable de velar por la provisión de servicios de salud y apoyo a las personas con diagnóstico positivo a VIH y a sus familiares, residentes en Puerto Rico. Además, se relaciona con otras partes de la Ley Ryan White para lograr la más efectiva distribución de medicamentos para las personas elegibles con diagnóstico positivo a VIH en la Isla. El PRWPB cuenta con las siguientes unidades programáticas: la Unidad de Servicios Complementarios de VIH, Unidad de Asistencia en Medicamentos para VIH (ADAP, por sus siglas en inglés), Unidad de Búsqueda y Retención en Cuidado, Unidad de Coordinación de Servicios Clínicos y de Apoyo, y la Unidad de Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad.

La Unidad de Servicios Complementarios de VIH tiene como objetivo principal asegurar la disponibilidad de servicios medulares de salud y de apoyo, a través de la contratación de organizaciones de base comunitaria o sin fines de lucro que muestren evidencia de su capacidad para prestar servicios a personas con diagnóstico positivo a VIH y que, además, tengan una estructura administrativa sólida que les permita prestar servicios eficientemente mediante la subcontratación de proveedores de servicios.

i. Propósito:

A los fines de facilitar la prestación de los servicios subvencionados, el Programa Ryan White Parte B/ADAP ha establecido guías y procedimientos uniformes a ser implementados por las organizaciones contratadas. Esta Guía tiene el propósito de establecer el procedimiento a seguir para la prestación de los servicios de Manejo de Caso No Clínico (MCNC), para que este personal conozca las expectativas acerca de su rol como Manejador/a de Casos y los procedimientos a seguir para coordinar y prestar los servicios subvencionados. Esto garantizará un proceso estandarizado y uniforme, tanto para el Programa como para las organizaciones contratadas. En este documento se especifican los pasos, las guías y los protocolos a seguir para la coordinación y prestación de los servicios subvencionados. Incluye, además, los documentos y formularios que deberán ser cumplimentados por el personal de manejo de caso para la prestación de los servicios de la Parte B/ADAP.

ii. Aplicabilidad:

La implementación de los procedimientos y documentos incluidos en la presente Guía es requerida para todas las organizaciones recipientes de fondos de la Parte B. Por tal razón, se le dará seguimiento a la implementación de los procedimientos y formularios aquí especificados, durante las monitorías de las agencias coordinadoras contratadas y al realizar la intervención fiscal de las facturas presentadas al Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Esperamos que la misma sea de utilidad para las personas que fungen como MCNC en las agencias coordinadoras subvencionadas.

I. MANEJO DE CASOS NO CLÍNICO

Según el *Policy Clarification Notice de HRSA #16-02 (actualizada en octubre 2018)*, el/la Manejador/a de Casos-No Clínico provee guía y asistencia en acceder servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, económicos, vocacionales y otros necesarios. El manejo de caso no clínico puede incluir también el asistir a los/as participantes elegibles a obtener servicios de otros programas públicos y privados para el cual son elegibles como *Medicaid, Medicare Parte D*, y otros servicios de apoyo y de cuidados de salud, estatales o locales. Esta categoría de servicio

abarca varias formas de comunicación incluyendo el contacto cara a cara, el telefónico o cualquier otra forma de comunicación apropiada por parte de un sub-recipiente.

Dentro de las actividades claves relacionadas con la categoría de servicios de Manejo de Caso No Clínico se incluyen, pero no se limitan a:

- ✓ Determinar inicialmente la elegibilidad de los clientes y confirmar dicha elegibilidad durante el año, según corresponda
- ✓ Realizar una entrevista inicial para identificar las necesidades y los sistemas de apoyo personal del cliente
- ✓ Desarrollar o actualizar un Plan de Cuidado Individualizado para atender las necesidades identificadas del cliente
- ✓ Coordinar servicios y referidos para servicios
- ✓ Llevar a cabo visitas al hogar o comunidad de los clientes
- ✓ Realizar entrevistas e intervenciones de seguimiento a los clientes
- ✓ Llevar a cabo discusiones de casos
- ✓ Documentar las intervenciones y actividades para la coordinación y prestación de los servicios en las notas de progreso
- ✓ Mantener comunicación efectiva con el personal de Enlace a Cuidado y Manejo de Caso Clínico para el referido de clientes
- ✓ Establecer acuerdos colaborativos con centros externos para el referido de clientes para atender las necesidades psicosociales y de apoyo que aseguren el acceso y retención a cuidado
- ✓ Desarrollar un cernimiento o avalúo inicial de las necesidades psicosociales del cliente para acceder y retenerse en cuidado
- ✓ Desarrollar un Plan de Acción Individualizado para satisfacer las necesidades psicosociales y de apoyo para asegurar el acceso y retención a cuidado del cliente
- ✓ Coordinar servicios para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente
- ✓ Realizar intervenciones de seguimientos para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente

Se hace la observación de que los servicios de manejo de caso no clínico tienen como objetivo proveer guía y asistencia en mejorar el acceso a los servicios necesarios; mientras que los servicios del manejo de caso clínico tienen como objetivo mejorar los resultados del cuidado de la salud. Asimismo, se hace la anotación de que la definición y las unidades de servicios para la categoría de Manejo de Caso No Clínico serán actualizadas para cada año programa a través de los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP. **Por tanto, es importante destacar que, para propósitos de esta Guía de Manejo de Caso No Clínico en las Agencias Coordinadoras, la información incluida en la misma será aquella que complemente los**

Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP y la Guía para la Preparación de Propuesta y Solicitud de Fondos vigente. Estos se pueden acceder a través del siguiente enlace: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5577>

Como parte de las funciones del personal de Manejo de Caso No Clínico, todo participante a ser servido con los fondos de Ryan White Parte B/ADAP tendrá que cumplir con los criterios de elegibilidad detallados a continuación. A tales efectos se podrá utilizar para ello los **Anejos A o B, según apliquen**. Estos criterios, así como la documentación requerida para cada uno de estos, son los vigentes al momento de revisión de la presente Guía. No obstante, los documentos requeridos para evidenciar que los participantes cumplen con los criterios de elegibilidad serán actualizados en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP, la Guía para la Preparación de Propuesta y Solicitud de Fondos del Programa Ryan White Parte B, que se publica anualmente, así como en comunicados oficiales del Programa a estos fines.

Criterios de Elegibilidad:

1. Comprobación de Identidad (ID)

La persona que solicita servicios subvencionados deberá presentar alguna identificación con foto que compruebe su identidad como: licencia de conducir, tarjeta electoral, pasaporte o identificación de empleo o de estudiante, u otro documento que permita evidenciar que la persona que solicita el servicio es quien dice ser.

Si la persona que solicita algún servicio subvencionado no posee una identificación con foto, se podrá aceptar, por excepción, que la identidad del participante se verifique a través de cualquier otro documento personal fehaciente (ejemplo: declaración jurada) o declaración escrita firmada por el participante que evidencie la misma y que el manejador de caso así lo certifique. Esta excepción es particularmente aplicable, por ejemplo, para personas menores de edad, personas sin hogar o personas encamadas.

2. Elegibilidad Diagnóstica

La persona debe tener un diagnóstico positivo a VIH, por lo que deberá presentar evidencia de una prueba confirmatoria de:

- Algoritmo de cuarta (4^{ta}) o quinta (5^{ta}) generación u otra prueba de diagnóstico vigente utilizando los nuevos algoritmos de VIH o nuevas tecnologías aprobadas por la FDA para el diagnóstico del VIH.

- *Western Blot*
- Pruebas de Carga Viral (*Viral Load*) y CD4- De no mostrar prueba confirmatoria de VIH podrá presentarse copia de los resultados de las pruebas de CD4 y Carga Viral con fecha de expedición no mayor de seis (6) meses anteriores a la fecha de la solicitud.

Cuando el participante presenta evidencia de una prueba confirmatoria de VIH o de las pruebas de carga viral y CD4, no es necesario actualizar las mismas una vez presentadas inicialmente para cumplir con el criterio de elegibilidad diagnóstica.

En situaciones particulares se podrán aceptar:

- Certificación del Médico Tratante de VIH del participante- Esta opción solamente será contemplada cuando no existan los resultados de ninguno de los laboratorios antes mencionados. Ejemplo: Participantes que se trasladan a la isla sin evidencias clínicas de su condición por razones de emergencia, eventos atmosféricos y/o desastres naturales, entre otras. Si el participante procede de alguna otra jurisdicción de los Estados Unidos o del Sistema Correccional, manejo de casos deberá hacer toda gestión posible para obtener copia de alguna prueba confirmatoria de la condición.
- Pruebas Rápidas de VIH o ELISA Convencional- Serán aceptadas sólo para servicios que faciliten acceso a un centro clínico donde realicen pruebas confirmatorias de VIH y otros laboratorios relacionados.

3. Domicilio en Puerto Rico

La persona tiene que evidenciar que es residente en Puerto Rico, en uno de los 78 municipios que forman parte de las regiones de salud detalladas en la tabla a continuación. Para esto, la persona deberá presentar evidencia de la Notificación de Decisión del Programa Medicaid, en la que se indique su dirección residencial. En caso de que la persona tenga el Plan de Salud del Gobierno (PSG), se podrá utilizar como evidencia la tarjeta de su plan médico para verificar en la página electrónica de www.medicaid.pr.gov, en la sección de Verificar mi Elegibilidad, que su cubierta sigue vigente. Asimismo de la persona no ser elegible al PSG, se podrá aceptar como evidencia facturas de agua, luz, teléfono, contrato de alquiler y licencia de conducir, entre otros.

- ✓ Para comprobar el cumplimiento con el criterio de domicilio en P.R. de participantes que no han sido evaluados por el Programa Medicaid, como es el caso de las personas sin documentos por estado migratorio a quienes no se les requiere evaluación del Programa

Medicaid, estos pueden proveer una autodeclaración de su residencia o domicilio en P.R, de no contar con una evidencia disponible. Si el participante es una persona sin hogar, debe contar con una certificación del programa o manejador de caso que documente su residencia al momento de determinar su elegibilidad.

REGIÓN	MUNICIPIOS
Arecibo	Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja
Bayamón	Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerio, Corozal, Dorado, Naranjito, Toa Alta, Toa Baja, Orocovis y Vega Alta
Caguas	Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa
Fajardo	Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande y Vieques
Mayagüez	Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián
San Juan	Guaynabo y San Juan, Canóvanas, Loíza, Carolina y Trujillo Alto
Sur	Adjuntas, Guánica, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Jayuya, Yauco, Arroyo, Coamo, Guayama, Juana Díaz, Patillas, Salinas, Santa Isabel y Villalba

4. Elegibilidad Económica

La persona debe tener un ingreso igual o menor al 200% del nivel de pobreza federal (NPF) aplicable o ser beneficiario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Vital). Para determinar la elegibilidad económica del participante:

- ✓ El ingreso de elegibilidad lo determina el Programa de Asistencia Médica (*Medicaid*), según los criterios que dicho programa tiene establecidos y lo informa en una Notificación de Decisión. Por tanto, el participante deberá presentar evidencia de la Notificación de Decisión emitida por el Programa de Medicaid. Esta notificación deberá indicar si el participante o su componente familiar es **elegible o inelegible** para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG), y si es elegible o inelegible a *Medicaid*. Si el participante o su componente familiar no es elegible para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, la **Notificación de Decisión** deberá especificar que es inelegible y utilizando el **ingreso de Medicaid** del participante o su componente familiar que especifique la notificación, la agencia coordinadora determinará si el ingreso del participante se encuentra en o bajo el 200% del NPF

aplicable para el año bajo consideración. Para el año 2023, favor referirse a la tabla a continuación. No obstante, la versión actualizada de esta puede obtenerse a través del enlace: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Tabla para determinar nivel de pobreza federal para el 2023

PERSONAS EN EL HOGAR	ANUAL		MENSUAL	
	100%	200%	100%	200%
1	14,580	29,160	1,215	2,430
2	19,720	39,440	1,643	3,287
3	24,860	49,720	2,072	4,143
4	30,000	60,000	2,500	5,000
5	35,140	70,280	2,928	5,857
6	40,280	80,560	3,357	6,713
7	45,420	90,840	3,785	7,570
8*	50,560	101,120	4,213	8,427

*Por cada persona adicional, añadir \$5,140 anuales y \$428 mensuales.

Fuente: Annual Federal Poverty Guidelines 2023

- ✓ Si el ingreso de elegibilidad determinado por Medicaid excede el 200% del nivel de pobreza federal debido a que el cálculo se realizó utilizando los ingresos del núcleo familiar, la agencia coordinadora verificará los ingresos individuales del solicitante y evaluará internamente la elegibilidad económica. Para esto, solicitará el apoyo de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH para que en conjunto se identifique la documentación que se le solicitará al participante, según su situación particular.
- ✓ En caso de que la persona tenga el Plan de Salud del Gobierno (PSG), se podrá utilizar como evidencia la tarjeta de su plan médico para verificar en la página electrónica de www.medicaid.pr.gov, en la sección de Verificar mi Elegibilidad, que su cubierta sigue vigente.
- ✓ Asimismo, para determinar la elegibilidad económica de participantes con cubierta médica privada que no son elegibles o no desean ser beneficiarios del PSG, la agencia coordinadora verificará los ingresos del solicitante y evaluará internamente la elegibilidad económica. Para esto, solicitará el apoyo de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH para que en conjunto se identifique la documentación que se le solicitará al participante, según su situación particular.

- ✓ Para determinar elegibilidad económica de participantes sin cubierta médica o sin documentos por estado migratorio a quienes no se les requiere evaluación del Programa Medicaid, estos pueden proveer una autodeclaración de su residencia o domicilio en P.R, de no contar con una evidencia disponible.

5. Aseguramiento

Para el ofrecimiento de cualquier servicio, el participante debe presentar limitaciones para el financiamiento de este y que el servicio solicitado no pueda ser ofrecido por otro plan médico público o privado. El personal de Manejo de Caso No Clínico debe asegurarse que el participante cumpla con uno de los siguientes:

- ✓ No tener seguro de salud (cubierta médica)
- ✓ Que el seguro de salud no cubra el servicio solicitado
- ✓ Que la cubierta del seguro para el servicio solicitado esté agotada

Si el participante o solicitante cuenta con algún seguro de salud (cubierta médica) como el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, *Medicare* o planes médicos privados, la agencia deberá auscultar la cubierta correspondiente y, de ser necesario, dirigirlo a obtener los servicios a través de este. Asimismo, la agencia deberá ser proactiva identificando otras alternativas cuando se dificulte el obtener la negativa del plan médico. Algunas opciones o alternativas, sin limitarse a estas, que las agencias podrían considerar son: documentar las llamadas realizadas a las aseguradoras o planes médicos y proveer evidencia de cubierta a través de los libros de cubierta publicados en línea (*online*) por las aseguradoras. Además, la agencia deberá mantenerse al tanto de los cambios y las comunicaciones publicadas en la página electrónica de Medicaid. Para ello, pueden acceder a la página electrónica del Medicaid a través del siguiente enlace: <https://www.medicaid.pr.gov> .

Con relación a las personas con diagnóstico positivo a VIH que son veteranas y elegibles a recibir los servicios subvencionados, el servicio que ofrece la Administración de Veteranos (VA) no se considera un seguro médico o una cubierta médica. Por lo tanto, se le requiere a todo proveedor de Ryan White que establezca una relación cercana con el sistema de servicios de cuidado para personas veteranas, en aras de que pueda orientar y coordinar servicios según sea apropiado y la persona lo permita. Consecuentemente, ningún proveedor de servicios subvencionados por Ryan White podrá negarles acceso a servicios de cuidado y apoyo

subvencionados por Ryan White, de ser elegibles a los mismos. La persona veterana deberá atenderse de la misma manera en que se sirven otras personas: considerando que no se viole la cláusula de pagador de último recurso y que cumpla con los criterios de elegibilidad establecidos.

Por otra parte, si una persona no cuenta con un seguro de salud, deberá ser orientada y referida al Programa de Asistencia Médica (Medicaid) en su municipio de residencia o domicilio. Con relación a las personas sin documentos por estado migratorio, **estas pueden proveer una autodeclaración de su residencia o domicilio en P.R, de no contar con una evidencia disponible.**

Si el participante es una persona sin hogar, su expediente debe contar con una certificación que documente su estatus al momento de ingresarlo a un programa para personas que experimentan el sinhogarismo (sin hogar). Para esto, debe contar con una certificación de ese programa o manejador de caso que documente su residencia o domicilio y estatus al momento de determinar su elegibilidad.

DETERMINACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Es requerido por HRSA, según especificado en su PCN #21-02, que se certifique y documente anualmente la elegibilidad de los/as participantes de servicios de la Parte B, y se confirme oportuna o periódicamente esta elegibilidad durante el año. Cada participante de servicios subvencionados con los fondos de Ryan White Parte B/ADAP tendrá que cumplir con los criterios de elegibilidad detallados en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP. Para esto, el personal de Manejo de Caso No Clínico deberá asegurarse de que los documentos para evidenciar la elegibilidad de los/as participantes para cada uno de estos criterios, estén actualizados al momento de realizar la certificación de elegibilidad.

Hacemos la anotación de que los documentos a ser requeridos para evidenciar la elegibilidad de los/as participantes o solicitantes de los servicios subvencionados, serán actualizados para cada año programa a través de los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP. Por tanto, para validar los criterios de elegibilidad establecidos (identidad, diagnóstico, domicilio, económica y aseguramiento), cada manejador/a de caso deberá hacer alusión a los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP y a las comunicaciones oficiales del Programa.

Como parte de los procesos de elegibilidad esperados por el Programa se encuentran: 1) la determinación inicial de elegibilidad y 2) la confirmación de elegibilidad. La determinación inicial de elegibilidad responde a aquella que se le hace a una persona por primera vez, ya que en el pasado no había solicitado servicios. Por tanto, se considera un participante nuevo al que hay que solicitarle todas las evidencias requeridas para asegurar cumplimiento con los criterios de elegibilidad.

Por otra parte, la confirmación de elegibilidad responderá al proceso que se le hace al participante posterior a su determinación inicial para asegurar que el participante siga siendo elegible a los servicios de la Parte B. Es decir, es en lo que en el pasado se conocía como la recertificación. Para estas confirmaciones de elegibilidad no es compulsorio solicitar la evidencia de identidad y la evidencia diagnóstica, ya que ambos criterios fueron previamente evaluados en la determinación inicial. Los criterios de elegibilidad que sí se verificarán al momento de realizar las confirmaciones de elegibilidad son: domicilio, ingresos y aseguramiento. Para documentar este proceso se utilizará el *Formulario de Elegibilidad Para Recibir Servicios De Ryan White Parte B (ANEJO A)* y se llevará a cabo el procedimiento detallado en las instrucciones incluidas en el mencionado anejo.

Es importante señalar que en la frecuencia en la que se realizarán las confirmaciones de elegibilidad dependerá de las situaciones de los participantes, según detalladas en la tabla a continuación.

Frecuencia de la Confirmación de Elegibilidad	Situación de Participante
Anual (una vez al año)	Tiene residencia legal en Puerto Rico y tiene cubierta o plan médico.
Semestral (dos veces al año)	No tiene residencia legal en PR (sin documentos por estado migratorio) No tiene cubierta o plan médico Es persona que experimenta sinhogarismo (sin hogar) Situaciones de emergencia

En lo que respecta al registro de estos procesos de elegibilidad en *CAREWare*, los mismos se registrarán considerando las siguientes unidades de servicios.

Determinación Inicial de Elegibilidad

Determinación Inicial

Actividad donde se realiza por **primera vez** la determinación de elegibilidad **inicial**.

Unidad de Servicio

Una determinación de elegibilidad equivale a una unidad de servicio

Población que le corresponde posteriormente confirmaciones de elegibilidad **semestrales**

Sin **documentos por estado migratorio** y/o cubierta médica

Persona experimentando sin hogarismo (sin hogar)

Persona en situación de emergencia a la que se le dificulta entregar toda la documentación requerida.

Confirmaciones de Elegibilidad

Confirmación Anual

Actividad para completar el proceso de certificación de elegibilidad posterior a la primera vez de aquel participante que tiene residencia legal en Puerto Rico y cuenta con una cubierta médica (plan médico). Esta acción incluye revisión de expediente, documentos y toma de firmas correspondientes, según apliquen.

Confirmación Semestral

Actividad para completar el proceso de certificación de elegibilidad posterior a la primera vez de aquel participante que no tiene residencia legal en Puerto Rico, no tiene ningún tipo de cubierta médica o plan médico, está experimentando sinhogarismo (es persona sin hogar) o está en una situación de emergencia. Esta acción incluye revisión de expediente, documentos y toma de firmas correspondientes, según apliquen.

Unidades de Servicio

Una confirmación **anual** completada equivale a una unidad de servicio.

Una confirmación **semestral** equivale a una unidad de servicio.

En situaciones donde un participante no pueda proveer alguna documentación que evidencie el cumplimiento con alguno de los criterios de elegibilidad por situaciones particulares como pudiera ser, sin limitarse a esta, que de la Oficina del Medicaid no ha recibido o se le haya provisto la evidencia requerida, se puede seleccionar la opción de auto-declaración contenida en el **Anejo A**, ya que el personal de Manejo de Caso puede considerar la información verbal o electrónica que le provea el participante. No obstante, se debe orientar al participante para que, en un tiempo razonable, provea la evidencia requerida para certificar su elegibilidad. Como tiempo razonable el Programa concede 30 días. De ser situaciones extraordinarias este tiempo se pudiera extender con la debida autorización. En este punto es importante aclarar que, si la persona resulta finalmente inelegible, la agencia coordinadora es responsable de aplicar al participante el recobro correspondiente por el servicio prestado y facturar a fuentes de pago alternas, como el seguro médico con el cual cuente el participante u otras fuentes de pago disponibles.

En aquellos casos en los que se dificulte obtener la firma del participante (ej: situaciones de emergencia por evento atmosférico o pandemia) y con el fin de garantizar el cumplimiento con las disposiciones de HRSA en cuanto a determinar inicialmente y confirmar periódicamente la elegibilidad de los participantes, se aceptará que el formulario de elegibilidad sea completado por el personal de manejo casos mediante una llamada telefónica en la que se documente las respuestas del participante a las preguntas sobre sus criterios de elegibilidad. No obstante, de usar esta modalidad, el participante debe enviar por medios electrónicos la documentación de elegibilidad requerida debidamente encriptada. Del participante necesitar orientación sobre cómo encriptar los documentos, el personal de MCNC debe estar en la disposición de explicarle cómo hacerlo. Esta alternativa está disponible como último recurso cuando se han agotado las alternativas previamente especificadas, esto en caso de que al participante se le dificulte acceder a la agencia y/o el personal de manejo de caso no pueda localizarlo en su residencia. En estos casos, el personal de manejo de casos debe documentar la gestión telefónica realizada para la determinación inicial o confirmación de elegibilidad en el espacio provisto para estos fines. A estos fines, el personal de MCNC deberá cumplimentar la certificación de intervención telefónica incluida al calce del Formulario de Elegibilidad, especificando el nombre propio y el de la agencia coordinadora, así como firmando y colocando la fecha en la que se realizó la intervención. En estos casos, además, la agencia coordinadora deberá mantener el formulario de elegibilidad en

expediente para que pueda ser firmado posteriormente por el participante en un tiempo razonable cuando se tenga contacto con el mismo. En este punto es importante aclarar que, si la persona resulta finalmente inelegible, la agencia coordinadora es responsable de aplicar al participante el recobro correspondiente por el servicio prestado y facturar a fuentes de pago alternas, como el seguro médico con el cual cuente el participante u otras fuentes de pago disponibles.

Recordamos que, además de determinada o confirmando la elegibilidad, la coordinación y prestación de los servicios subvencionados deberán realizarse velando por el cumplimiento de la política de pagador de último recurso aplicable para la prestación de los servicios subvencionados.

Por otro lado, considerando la etapa de implementación en la que se encuentre el **Sistema de Elegibilidad de Ryan White en Puerto Rico**, el Manejador de Caso auscultará con el participante si autoriza a compartir su información y documentos a través del sistema de elegibilidad y de ser el caso, el participante firmará la autorización de divulgación a estos fines y se cumplimentará el Formulario de Elegibilidad para Servicios de Ryan White. Aunque el Sistema provee para incorporar los documentos que evidencian cada criterio de elegibilidad individualmente, el incorporar los mismos no es requerido; más bien, es opcional. Por tanto, con el Formulario cumplimentado y firmado se podrá cumplir con el requerimiento de evidenciar elegibilidad al Programa. Es importante resaltar que este Formulario contempla todas las posibles alternativas para evidenciar elegibilidad de los distintos programas que existen en Puerto Rico de Ryan White. Por tanto, cada programa debe dejarse llevar por los criterios de elegibilidad específicos de su fuente de fondos (parte subvencionada de la Ley Ryan White). Una vez cumplimentado el Formulario, lo único que será requerido al participante serán aquellos otros documentos particulares para coordinar cada servicio. Sin embargo, en lo que respecta a la elegibilidad, el contar con el antes mencionado Formulario será suficiente. Es importante aclarar que este Formulario es provisto a la agencia por la Unidad de Evaluación, Planificación y Mejoramiento del Programa. Para esto, pueden seguir las guías establecidas en el Manual de Entrada de Datos al Sistema de Elegibilidad de Ryan White accesible a través de <https://rwelegibilidadpr.salud.pr.gov>. Del participante no autorizar a compartir su información a

través de este sistema, se seguirá el proceso habitual para determinar o confirmar elegibilidad para recibir los servicios subvencionados a través de la agencia coordinadora.

Certificación de Elegibilidad Provisional en Situaciones de Emergencia

En situaciones de emergencia declaradas por las autoridades competentes la documentación requerida puede ser flexibilizada para garantizar el acceso rápido a servicios, evitar interrupciones en cuidado y tratamiento, y promover la continuidad en el cuidado de salud de los participantes. Según el evento o situación de emergencia que se presente, el Programa activará y comunicará el Plan de Preparación y Continuidad de Operaciones con los debidos procedimientos de contingencia que proporcionarán los detalles sobre la flexibilización aplicable. Como regla general, en situaciones de emergencia oficialmente declaradas los criterios de identidad, ingresos, residencia y aseguramiento pueden ser evidenciados mediante la **Auto-declaración de Identidad, Ingresos, Residencia y Aseguramiento para Desastres Naturales, Eventos Atmosféricos y Situaciones de Emergencia**, incluida en el **Anejo B**. Esta Auto-declaración puede ser cumplimentada por el personal de MCNC utilizando la información verbal o electrónica que le provea el participante y la misma tendrá una **vigencia de 6 meses**, transcurridos a partir de la fecha de su firma. Se debe aclarar que el **Anejo B** solo se usará en situaciones de emergencia oficialmente declaradas, ya que dicho documento es parte del Plan de Emergencia vigente del PRWB/ADAP. Ahora bien, del participante presentar otras situaciones no atadas a situaciones de emergencia, se puede utilizar la opción de auto-declaración contenida en los criterios de elegibilidad del **Anejo A**.

Se debe orientar al participante para que, en un tiempo razonable, según lo permita el tipo de emergencia, provea la evidencia requerida para certificar su elegibilidad. La **Auto-declaración de Identidad, Ingresos, Residencia y Aseguramiento para Desastres Naturales, Eventos Atmosféricos y Situaciones de Emergencia** se debe cumplimentar siguiendo las guías especificadas a continuación: en lugar de la firma del participante, el manejador de casos escribirá el nombre del participante en letra de molde y debe añadir “firmado por”, firma el documento y añade la descripción de la situación de emergencia que se esté atravesando. La agencia coordinadora deberá añadir y mantener el documento en el expediente, para que este

pueda ser firmado posteriormente por el participante cuando se logre tener contacto con el mismo.

Además, el personal de manejo de casos debe documentar la gestión telefónica realizada para la certificación de elegibilidad en el espacio provisto para estos fines. En este punto es importante aclarar que, si la persona resulta finalmente inelegible, la agencia coordinadora es responsable de aplicar al participante el recobro correspondiente por el servicio prestado y facturar a fuentes de pago alternas, como el seguro médico con el cual cuenta el participante u otras fuentes de pago disponibles.

Confidencialidad:

Según estipulado en el contrato del Departamento de Salud con cada agencia coordinadora, la agencia se compromete a cumplir con la ley federal “*Health Insurance Portability and Accountability Act*” (HIPAA). A tenor con este requerimiento, se han creado documentos que deben estar presentes en los expedientes de cada participante. Estos se mencionan a continuación.

- 1. Consentimiento a Intervención de Manejo de Casos y Contrato de Servicios:** Para la prestación de servicios de manejo de caso, deberá cumplimentarse el **Consentimiento a Intervención de Manejo de Casos y Contrato de Servicios** que se incluye en el **Anejo C**. Una vez cumplimentado el formulario de consentimiento no es necesario actualizar el mismo anualmente. El mismo deberá ser actualizado cuando el/la participante desee realizar cambios referentes a revocar o autorizar alguna acción o gestión contemplada en el formulario.
- 2. Consentimiento para Visitas al Hogar y Llamadas:** Para facilitar las gestiones de búsqueda y alcance de participantes fuera de tratamiento, es requerido que el personal de Manejo de Caso cumplimente el formulario de **Consentimiento para Visitas y/o Llamadas**, incluido en el **Anejo D** de la presente Guía cuando la agencia reciba referidos de centros externos. Este formulario debe ser cumplimentado con la colaboración y consentimiento del/la participante, y el/la Manejador/a de Casos de la agencia deberá marcar si el/la participante consiente o no a que lo llamen o visiten en caso de haber discontinuado tratamiento y de ser el caso, bajo cuales condiciones consiente a ser llamado o visitado. El Consentimiento para Visitas y/o

Llamadas debe ser firmado por el/la participante y el/la Manejador/a de Casos que lo cumplimenta, y deberá ser actualizado cada vez que el/la participante desee revocar su consentimiento a ser llamado o visitado o, si por el contrario, desea consentir tales gestiones. Por tanto, será responsabilidad del personal de Manejo de Caso auscultar con el/la participante, durante las visitas a la agencia, si desea realizar cambios en el formulario de Consentimiento para Visitas y/o Llamadas.

3. **Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento:** Este formulario debe ser cumplimentado durante la primera visita de cada participante, y tomar su firma a los fines de evidenciar que ha sido orientado/a acerca de las políticas de prácticas de privacidad y confidencialidad de la organización. Para esto, se utilizará el **Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento** del **Anejo E**. Por otra parte, si el/la participante desea realizar cambios en su representante autorizado/a, puede completar nuevamente el **Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento**. Dicho formato está incluido en el **Anejo E** de la presente Guía.
4. **Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud:** Según requerido por la ley federal “*Health Insurance Portability and Accountability Act*” (HIPAA), antes de prestar cualquier servicio subvencionado y/o de hacer cualquier gestión que implique el uso o divulgación de PHI (i.e. Información de Salud Privilegiada) del/la participante es requerido cumplimentar el **nuevo formato** del formulario de **Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud**. Este formulario deberá ser cumplimentado **cada vez que se solicite hacer una divulgación, siguiendo la norma establecida en el ANEJO F, a saber: Norma para la Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud**. El formato para **la Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud** está incluido en el **Anejo G** de la presente Guía.

Además, como parte del proceso de implementación del **Sistema de Elegibilidad de Ryan White en Puerto Rico**, el Manejador de Caso auscultará con el participante si autoriza a compartir su información y documentos a través del

sistema de elegibilidad y de ser el caso, el participante firmará la autorización de divulgación a estos fines. Se hace la aclaración que la autorización de divulgación que se utilizará para compartir información en el Sistema de Elegibilidad de Ryan White, aplica exclusivamente para estos propósitos y no sustituye la **Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud** que debe ser cumplimentada antes de prestar cualquier servicio subvencionado y/o de hacer cualquier gestión que implique el uso o divulgación de PHI del participante.

5. Relevo de Responsabilidad y Autorización Informada para el Uso de Datos

Personales para Servicios que Requieran Trámites Electrónicos: En aquellos casos en los que para la coordinación o prestación de los servicios, el participante necesite realizar gestiones por medios electrónicos y no cuente con el apoyo de familiares y allegados a estos fines, MCNC debe solicitar su consentimiento para proveerle asistencia en situaciones en las que comparte su información de salud protegida (PHI) con un ente externo por medios electrónicos. Para esto deberá cumplimentarse el Relevo de Responsabilidad y Autorización Informada para el Uso de Datos Personales para Servicios que Requieran Trámites Electrónicos, incluido en el **Anejo H**.

6. Autorización para Entrega de Medicamentos en el Hogar:

Según fuera confirmado con la Oficina de HIPAA del Departamento de Salud, de haber situaciones apremiantes o de emergencia donde el acceso del participante a sus medicamentos estuviera restringido, con el consentimiento del participante, el personal de MCNC puede recoger los medicamentos a la farmacia del participante y hacerle entrega al hogar o trabajo. Para ello, se creó el **Consentimiento para Recogida de Medicamentos en Farmacia (Anejo I)**.

7. Bitácora de Divulgaciones de PHI: En la eventualidad de que personal autorizado de la agencia coordinadora divulgue por cualquier medio información de salud protegida (PHI) del/la participante deberá cumplimentarse la **Bitácora de Divulgaciones de PHI**, incluida en el **Anejo J** de la presente Guía. En esta Bitácora deberá especificarse: nombre del/la participante, número de expediente, la fecha de la solicitud del PHI, la fecha de la divulgación, el nombre del/la solicitante del

PHI, la dirección del/la solicitante, el modo de la solicitud (oral o escrito), el propósito de la divulgación, el PHI divulgado y la persona que divulga el PHI. La *Bitácora de Divulgaciones de PHI* con la información antes especificada deberá archivar en el expediente del/la participante y cumplimentarse cada vez que se divulgue información de salud protegida del/la participante de servicios.

- 8. Registro de Copias de los Expedientes No-Clínicos Entregados al Participante:** En la eventualidad de que el/la participante o su representante autorizado solicite copia del expediente no clínico, deberá cumplimentarse el **Registro de Copias de los Expedientes No-Clínicos**, incluida en el **Anejo K** de la presente Guía. En este Registro deberá especificarse: nombre del/la participante, número de expediente no clínico, fecha en la que se hace entrega de la copia del expediente, documentos entregados, propósito de la solicitud, nombre del/la solicitante, firma del/la solicitante, número de *ID* (número de licencia de conducir u otra identificación con foto y firma) del/la solicitante, y nombre del personal de la agencia coordinadora que entrega la/s copia/s. El Registro de Copias de los Expedientes No-Clínicos con la información antes especificada deberá archivar en el expediente del/la participante y cumplimentarse cada vez que se entregue copia del expediente del/la participante de servicios.

- 9. Decomiso de Expedientes de Participantes:** En el caso de la agencia coordinadora interesar decomisar expedientes de participantes de servicios subvencionados deberá notificarlo con antelación al Programa Ryan White Parte B/ADAP para en mutuo acuerdo y conocimiento establecer el curso de acción a seguir. De proceder el decomiso de los expedientes, la agencia deberá asegurarse de que, en el proceso de decomiso y digitalización de expedientes, de ser el caso, salvaguarden la información de salud protegida (PHI) de los participantes. Esto en cumplimiento con *HIPAA*, y sus reglas de privacidad y seguridad, según aplican a los asociados de negocio de Departamento de Salud-PRWPB/ADAP.

- 10. Queja por Violación a la Privacidad de la Información Médica de la OCR:** De surgir algún incidente relacionado a faltas a la privacidad, confidencialidad y/o uso o divulgación de salud protegida (PHI) de los/as participantes, el personal de Manejo

de Caso de la agencia deberá facilitar al/la participante copia del formulario **Queja por Violación a la Privacidad de la Información Médica** de la Oficina para los Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Este formulario se puede acceder en el siguiente enlace:

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consurers/privacyhowtofiles.pdf>.

Coordinación de Servicios

1. Plan de Cuidado Individualizado: Para la prestación y/o coordinación de los servicios medulares de salud y de apoyo es requerido que los mismos se ofrezcan de acuerdo con un Plan de Cuidado Individualizado. El Plan de Cuidado Individualizado se desarrolla anualmente y debe ser actualizado al prestar los servicios, siempre que se identifiquen necesidades nuevas o no contempladas anteriormente en el Plan. Al desarrollar el plan, deberá indicarse la fecha de determinación inicial o confirmación de elegibilidad. Esta es la fecha en la que se determina la elegibilidad por primera vez en el caso de participantes nuevos o se confirma la elegibilidad de un participante existente y se desarrolla el plan de cuidado individualizado por vez primera o durante el año al confirmar la elegibilidad del participante. Posteriormente, de identificarse necesidades nuevas o no contempladas anteriormente en el plan, se deberá especificar la fecha en la que se revisa el plan en la columna identificada para estos fines. Asimismo, en el Plan de Cuidado Individualizado deberán identificarse las necesidades del participante que podrán atenderse en el corto plazo durante la vigencia del plan y el participante cumple con los criterios de elegibilidad y otros aplicables para recibir los mismos. Las necesidades proyectadas, a ser atendidas a largo plazo fuera del periodo de vigencia del plan o aquellas que no puedan atenderse ya que al momento el participante no cumple con los requisitos para recibir los mismos, deberán documentarse en las notas de progreso, siguiendo las guías para la redacción de estas de la presente guía. Esto considerando que, de alguna necesidad o servicio identificado en el plan que está “en proceso” o no es provisto,

deberá detallarse en las notas de progreso las razones por las cuales el servicio está en proceso o no fue provisto y las alternativas presentadas para la atención de la necesidad o prestación del servicio por los fondos de la Parte B u otras fuentes de pago disponibles, de ser el caso. Además, el plan incluye una columna de comentarios para que el MCNC puede detallar cualquier comentario u observación que estime pertinente, particularmente cuando los servicios no son provistos o están en proceso.

Además, en cumplimiento con el requerimiento de confirmación de elegibilidad estipulado en el *HRSA PCN #21-02*, como parte de la actualización periódica del Plan de Cuidado Individualizado, deberá auscultarse si el participante tuvo algún cambio que pudiera afectar su elegibilidad para recibir los servicios subvencionados (i.e. ingresos, aseguramiento o residencia), particularmente si tuvo cambios en su cubierta de aseguramiento Platino o *Advantage*. De ser el caso, deberá marcarse el tipo de cubierta, indicando que hubo cambio y solicitar la evidencia de la nueva cubierta médica al participante. Del participante no presentar cambios en su cubierta, deberá ser así especificado. De mismo modo, del participante no tener este tipo de cubierta deberá marcarse "N/A". Cuando el personal de Manejo de Casos de la agencia coordinadora realice una **determinación o confirmación** de elegibilidad de los/as participantes, deberá registrar **esta información en la base de datos del CAREWare bajo la alternativa de Determinación o Confirmación de Elegibilidad, según corresponda.**

En el **Anejo L** de la presente Guía, incluimos el formulario del **Plan de Cuidado Individualizado** que deberán implementar para la prestación de los servicios.

- 2. Notas de Progreso:** Para la prestación de los servicios subvencionados con fondos de la Parte B/ADAP, es requerido que el personal de manejo de caso no clínico documente las gestiones realizadas en beneficio de los/as participantes en las notas de progreso y formularios, según corresponda, para la coordinación y/o prestación de cada servicio. En el caso específico de las notas de progreso, las mismas deben especificar, como mínimo, la fecha de la intervención, la razón

principal de la visita o llamada, las observaciones que hace el/la Manejador/a de Casos sobre el/la participante, las observaciones o comentarios del/la participante, las necesidades del/la participante sean estas inmediatas y/o proyectadas, las gestiones que se realizaron o realizarán para atender las necesidades identificadas, y los datos relacionados con los servicios a ser prestados o coordinados (i.e. tipo, cantidad, costo, duración o extensión de tiempo durante el cual se proveerá el bien o el servicio, número de referido), gestiones realizadas para cumplir con la política de pagador de último recurso, firma del/la manejador de caso y duración del encuentro (ej. 15, 30, 45 o 60 minutos). Asimismo, en caso del participante ser referido para recibir servicios en otro programa para el cual sea requerido la presentación de evidencias no requeridas por el PRWPB, a los fines de facilitar el acceso de los participantes a servicios no subvencionados por el PRWPB, deberá documentarse el referido a estos fines en las notas de progreso y únicamente bajo este escenario debidamente documentado y evidenciado en expediente, se puede solicitar al participante documentos no requeridos por Parte B, pero que son requeridos para canalizar y referir al participante a recibir servicios de otro programa. Esto siempre y cuando la solicitud de estas evidencias o documentos no requeridos no forme parte de los requisitos para solicitar y acceder los servicios subvencionados y no represente una barrera de acceso a los mismos. En el **Anejo M** se incluye el formato para la redacción de las **notas de progreso** en el expediente físico del participante. No obstante, las agencias han sido orientadas a que registren las notas de progreso en el dominio designado en el *CAREWare* para estos fines (*Case Note*). Esto teniendo como alternativa el que la agencia solo redacte las notas en el *CAREWare* o que redacte las notas en el *CAREWare* y las imprima para guardar copia de estas en el expediente físico del participante. Recordamos que, para la redacción de las notas de progreso en el *CAREWare*, el personal de manejo de casos deberá seguir las guías previamente especificadas acerca de la información mínima que las notas de progreso deben incluir. Asimismo, en aquellos casos que por situaciones particulares no se pueda acceder al *CAREWare*, la agencia deberá

tener un mecanismo alternativo para redactar las notas de progreso para documentar las gestiones y servicios prestados a los participantes.

3. Referido: Para la prestación de los servicios subvencionados es requerido que el/la Manejador/a de Caso cumplimente la **Hoja de Referido** para servicio, incluido en el **Anejo N** de la presente Guía. El referido contiene tres secciones principales que deben ser cumplimentadas en su totalidad. La sección superior identifica la institución que provee el servicio, el número de referido o control del documento, la información demográfica del/la participante, la fecha del referido y el o los plan/es médico/s del/la participante. Si el referido no tiene número secuencial, la organización debe proveer un número control único para el documento de tal modo que no pueda confundirse con otros referidos. La información del/la participante debe estar completa. Para esto, se requiere incluir el nombre y número de record o ID, que no deberá ser igual al número de seguro social del/la participante. Al justificar el referido, es necesario recordar que las personas que reciben servicios pagados con fondos del Programa Ryan White Parte B/ADAP tienen que cumplir con el requisito de estar en o bajo el nivel de pobreza federal de 200%. Se recomienda que la organización escriba razones específicas para proveer el servicio. Por ejemplo, puede indicar “Participante requiere uso de glucómetro para monitorear niveles de azúcar y su plan médico no lo cubre”. La segunda sección del referido debe incluir la firma del/la Manejador/a de Casos que atendió al/la participante y firma del/la Coordinador/a de Servicios de la agencia que aprueba el servicio y firma del/la participante, al igual que la fecha en que firman las tres partes. Es importante recalcar que el referido no puede estar firmado o iniciado por el manejador de casos u otra persona en el renglón que corresponde a la firma del/la participante, a menos que éste no pueda escribir y firme el tutor legalmente autorizado. En esos casos, la organización debe incluir copia de la autorización legal para la tutoría con los documentos de apoyo. La tercera sección del referido debe ser cumplimentada por el proveedor. Esta sección incluye: descripción y costo del servicio provisto, firma del proveedor certificando que ha provisto el servicio, fecha en que proveyó el servicio y firma

del participante. Por razones de monitorías y auditorías, así como para evidenciar que el/la participante solicitó y recibió los servicios, los referidos deben presentar la firma del/la participante. De no proveerse la firma del/la participante, es necesario proveer una certificación que detalle que el/la participante recibió el servicio. En el caso de los servicios de continuidad en los que se dificulta obtener la firma del/la participante, como puede ser el caso de los servicios de equipo médico durable y desechable, el/la MCNC puede firmar el referido por el/la participante, una vez se haya asegurado de que el/la participante recibió el servicio mediante una hoja que detalle el servicio prestado por el proveedor, la fecha en la que prestó el mismo y la firma del/la participante.

Los referidos deberán ser cumplimentados tomando en consideración la naturaleza del servicio a ser provisto, la información especificada en las órdenes médicas, los planes de cuidado de salud, los referidos para suplementos nutricionales orales, los planes nutricionales y los planes para los servicios de vivienda, así como cualquier otra documentación de apoyo que acompañan los mismos, según apliquen para cada categoría de servicio subvencionado. Además, el/la Manejador/a de Caso No Clínico deberá responder a los referidos generados por el/la Manejador/a de Caso Clínico de los CPTETs a través del CAREWare. Para ello, podrá utilizar de referencia el Manual de CAREWare creado para este propósito o solicitar una Asistencia Técnica al Gerente de CAREWare del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Por último, se debe tener presente que de necesitar hacer cambios a lo escrito en los referidos, lo escrito incorrectamente se debe tachar e iniciar. Un ejemplo de esto sería que si por error se escribió mal el nombre de un suplemento nutricional, se procede a tachar e iniciar lo escrito incorrectamente y a añadir el nombre correcto.

- 4. Solicitud para Autorización de Servicio- “Vistos Buenos” (cuando aplique):** Para los servicios que estará subvencionando el Programa Ryan White Parte B/ADAP que implique exceder el tope de pago para una categoría o subservicio específico o una situación especial (particular) no contemplada en la descripción del servicio,

deberá solicitarse autorización del Programa a través de una Solicitud para Autorización de Servicios. En la misma el personal de manejo de caso no clínico deberá certificar que revisó todos los criterios de elegibilidad requeridos y que el participante cumple con estar elegible al Programa. Además, deberá acompañar la solicitud con la documentación de apoyo que evidencie la necesidad del servicio del/la participante, orden médica, negativa de cubierta del plan médico del/la participante o de que agotó tope del plan para el servicio, cotización del servicio, entre otros, según aplique a cada caso. El formulario de Solicitud para Autorización de Servicios ha sido incluido en el **Anejo O** del presente documento.

Para prestar los servicios que han sido sometidos para la aprobación del Programa Ryan White Parte B, mediante una Solicitud para Autorización de Servicio, deberá contarse con la aprobación previo a prestar los servicios por estos fondos.

- 5. Informe de Transferencia o Cierre de Casos (cuando aplique):** Para la transferencia o cierre de caso, el/la Manejador/a de Casos deberá cumplimentar el **Informe de Transferencia o Cierre de Caso** que se incluye en el **Anejo P**. El mismo debe especificar la razón de la transferencia o cierre, un resumen de los servicios que fueron provistos al(la) participante, la fecha en que se cumplimenta el informe y algún comentario u observación que se estime necesario incluir en el mismo. Este informe deberá archivar en el expediente del/la participante una vez su caso haya sido transferido o cerrado. Además, una vez formalizada la transferencia o el cierre, deberá actualizarse el estatus del/la participante en la base de datos del *CareWare*, según corresponda.

II. SERVICIOS MEDULARES Y DE APOYO SUBVENCIONADOS CON FONDOS DE PARTE B

Para la prestación de cada uno de los servicios especificados a continuación, el/la Manejador de Casos No Clínico deberá asegurarse de cumplir con la política de pagador de último recurso aplicable a recipientes de fondos de la Parte B, lo descrito en esta Guía, las guías y protocolos del Programa Ryan White Parte B para la prestación de los servicios subvencionados aplicables, así como lo especificado en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte

B/ADAP y la Guía para la Preparación de Propuesta y Solicitud de Fondos del Programa Ryan White Parte B vigente y otros comunicados oficiales del Programa Ryan White Parte B.

A tenor con lo establecido en las leyes vigentes sobre telemedicina (Ley 168 del 1 de agosto de 2018), telesalud (Ley 68 del 16 de julio de 2020) y ciberterapia (Ley 48 del 29 de abril de 2020), se promueve a los profesionales que estas leyes aluden a expandir el uso de estas modalidades de servicios a los participantes. Acorde con esto, el PRWPB/ADAP ha establecido un procedimiento para evaluar las solicitudes de las agencias coordinadoras que desean considerar otras modalidades no presenciales para la prestación de los servicios subvencionados. Para que el Programa pueda evaluar la solicitud, la agencia deberá presentar un protocolo o procedimiento detallado de cómo será ofrecido el servicio, sin limitarse a estas consideraciones: cómo se realizará el contacto con el participante (de ser a través de llamada, a qué teléfono se comunicará), qué procedimiento utilizarán para asegurar que se proteja el PHI y cómo tendrán acceso al expediente o información del participante, de aplicar. Por tanto, según el servicio que se esté considerando, deberán incluir todo lo que conllevaría ofrecerlo bajo la nueva modalidad que se está proponiendo siempre salvaguardando la confidencialidad del participante. Una vez sometida la información requerida, la agencia deberá contar con la aprobación del Programa para poder prestar los servicios bajo la nueva modalidad propuesta.

Las categorías y subservicios subvencionados por la Parte B se describen anualmente en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP. No obstante, a continuación, solo se mencionarán aspectos adicionales o complementarios a los ya contenidos en los estándares o en la Guía para la Preparación de Propuesta y Solicitud de Fondos vigente. A tales efectos las categorías que serán mencionadas a continuación se limitarán a las siguientes: 1) Salud Oral, 2) Terapia Médico Nutricional, 3) Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad, 4) Asistencia Económica de Emergencia, 5) Transportación Médica, 6) Banco de Alimentos/Comida a Domicilio y 7) Vivienda Temporera.

1. Salud Oral

La Solicitud para Autorizar Servicios para esta categoría será necesaria someterla al Programa cuando los costos de los procedimientos excedan aquellos aprobados bajo el Plan de Salud del Gobierno; este es el costo que el Programa utiliza como referente. Se debe incluir

en la solicitud y documentación de apoyo el nombre completo del especialista dental y su número de licencia. Además, se deberá identificar claramente en las cotizaciones el código y nombre del procedimiento solicitado. Esta solicitud será evaluada por un dentista consultor del Programa.

2. Terapia Médico Nutricional

Este servicio debe ofrecerse siguiendo la *Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional* vigente de los Programas Ryan White, así como los anejos incluidos en la misma.

a. Consejería Nutricional

El Plan Nutricional debe ser cumplimentado por el/la nutricionista/dietista y debe especificar: la necesidad del servicio, la fecha de inicio de la terapia nutricional, el tipo de suplemento o comida, la cantidad o dosis, la frecuencia con la que se deberá proveer el suplemento nutricional o comida al/la participante, la fecha de revisión del plan, la fecha de terminación de la terapia médica nutricional y la firma del/la dietista licenciado/a que desarrolla el plan y número de licencia.

El Programa ha creado el formato incluido en el **Anejo Q**. No obstante, no será un requisito utilizar este formato si el ya creado por el/la nutricionista/dietista contempla y cumple con la información requerida del Plan Nutricional.

Si el/la participante visita al/la dietista o nutricionista referido por recomendación de un médico, el/la dietista o nutricionista deberá marcar “Sí” en el renglón de “Referido a Consejería Nutricional por recomendación médica”. De lo contrario, deberá marcar “No” en este renglón. Por otro lado, en el renglón de “Periodo de tiempo que cubre este plan” no se debe especificar un periodo mayor a un año.

b. Suplementos Nutricionales

Al igual que con la consejería nutricional, el proceso para el despacho de suplementos nutricionales está contenido en la *Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional*. **Es importante destacar que algunos planes Medicare Advantage y platino entre sus beneficios, incluyen productos que pueden ser adquiridos sin receta u “over the counter” (OTC) los cuales pueden incluir suplementos nutricionales. Por tanto, es importante que se exploren todas las alternativas**

disponibles para obtener evidencia de los artículos o productos que pueden ser adquiridos a través de esta cubierta y la cantidad de dinero disponible en cada cubierta. Algunas de las alternativas disponibles, sin limitarse a estas, son: llamar directamente a la aseguradora para conocer sobre los beneficios por tipo de cubierta, llamar a la aseguradora con el participante presente una vez este lo autorice para auscultar cobertura sobre su cubierta en particular, facilitar al participante el obtener el recibo de la farmacia que especifica el balance disponible en su cubierta de OTC y revisar los beneficios incluidos para cada cubierta en las páginas electrónicas de las respectivas aseguradoras.

3. Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad

Los servicios de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad son servicios provistos al/la participante en su hogar o en un ambiente integrado basados en un **Plan de Cuidado** escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado, adecuados a las necesidades del/la participante. El Plan de Cuidado debe indicar, como mínimo, la necesidad de estos servicios, el tipo, la cantidad y el periodo de tiempo durante el cual se proveerán los mismos. El/la Manejador/a de Casos será responsable por la coordinación del servicio, tomando como referencia la información provista en el Plan de Cuidado facilitado por el personal médico o proveedor del servicio. El formato del Plan con sus respectivas instrucciones se encuentra en el **Anejo R**.

Los servicios incluyen: equipo médico durable, desechable, **asistente de salud en el hogar**, visita de médico en el hogar, visita de enfermero/a en el hogar o servicios integrados. Para ofrecer este último (servicios integrados), la agencia tiene que realizar un análisis de costo-efectividad del servicio utilizando el **ANEJO S**, que debe estar acompañado de una lista de precios oficial del proveedor del servicio. Es decir, la agencia debe demostrar cómo el ofrecer el paquete de servicios bajo servicios integrados resulta ser más económico que ofrecer los servicios que ameritará el/la participante por separado. Este análisis debe estar disponible en el expediente del participante al momento de la monitoría. **Es importante destacar que algunos planes Medicare Advantage y platino entre sus beneficios, incluyen productos que pueden ser adquiridos sin receta u “over the counter” (OTC) los cuales pueden incluir equipos**

médico desechables, como por ejemplo: pañales y toallas humedecidas o *wipes*. Por tanto, es importante que se exploren todas las alternativas disponibles para obtener evidencia de los artículos que pueden ser adquiridos a través de esta cubierta y la cantidad de dinero disponible en cada cubierta. Algunas de las alternativas disponibles, sin limitarse a estas, son: llamar directamente a la aseguradora para conocer sobre los beneficios por tipo de cubierta, llamar a la aseguradora con el participante presente una vez este lo autorice para auscultar cobertura sobre su cubierta en particular, facilitar al participante el obtener el recibo de la farmacia que especifica el balance disponible en su cubierta de OTC y revisar los beneficios incluidos para cada cubierta en las páginas electrónicas de las respectivas aseguradoras.

Respondiendo necesidades identificadas previamente, se incluyen como nuevas los siguientes sub-servicios:

Categoría de Servicio	Subservicio	Criterios (<i>se debe cumplir con uno de los criterios</i>)	Definición	Unidad de Servicio
<i>Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad</i>	Medicamentos al Hogar	<ul style="list-style-type: none"> Participante con problemas de movilidad o que esté encamado Participante cuya residencia queda significativamente distante de la farmacia que le provee el medicamento Participante con necesidad apremiante de recibir el medicamento, pero consecutivamente no ha recogido sus medicamentos Participante sin medios de transportación disponibles (excepto el de la agencia) ni redes de apoyo 	Acarreo de medicamentos subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP al hogar del participante. Este acarreo se presenta por la farmacia como un costo adicional e independiente del medicamento.	Un envío de medicamentos al hogar se considera una unidad de servicio. Si hay varios medicamentos en un mismo envío (paquete), se considera una sola unidad de servicios.
<i>Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad</i>	Laboratorios al Hogar	<ul style="list-style-type: none"> Participante con problemas de movilidad o que esté encamado Participante cuya residencia queda significativamente distante del laboratorio identificado 	Servicios ofrecidos en el hogar del participante por el proveedor de servicios de laboratorio; incluye toma de muestras.	Una visita al hogar por parte del personal contratado por un laboratorio se considera una unidad de servicio.

Categoría de Servicio	Subservicio	Criterios (se debe cumplir con uno de los criterios)	Definición	Unidad de Servicio
		<ul style="list-style-type: none"> Participante sin medios de transportación disponibles (excepto el de la agencia), ni redes de apoyo 		

4. Asistencia Económica de Emergencia

El/la Manejador/a de Casos realizará una evaluación de la necesidad que presenta el/la participante, coordinará la prestación del servicio y referirá al proveedor utilizando la hoja de referido aprobada en el Programa.

Para la provisión de asistencias económicas de emergencia debe mediar un imprevisto o situación que el participante no pudo predecir o anticipar. Por tal razón, para la coordinación de las asistencias económicas de emergencia, el personal de manejo de caso deberá cumplimentar la **Certificación de Gestiones Realizadas para Prestar Asistencias Económicas de Emergencia** que incluimos en el **Anejo T**. En esta deben especificar la asistencia económica de emergencia solicitada, el costo, la justificación de la necesidad de asistencia económica de emergencia, las gestiones realizadas para prestar el servicio por otros programas o fondos disponibles, si el/la participante ha recibido o no asistencias económicas de emergencia durante el año programa, la cantidad total en dólares de las asistencias económicas de emergencia recibidas por el/la participante durante el año programa, si aplica, y la decisión final sobre la prestación del servicio. Una vez cumplimentada, la certificación debe permanecer en el expediente de manejo de caso no clínico del/la participante.

Dentro del tope máximo de **\$600** por año programa, por unidad familiar, se incluyen los siguientes servicios con sus respectivos topes de gasto y tiempo permitido, según establecidos en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP y la Guía de Redacción de Propuesta y Solicitud de Fondos vigente: pagos de agua, luz, renta (no fianza), gas, vale de alimentos, vale de emergencia y medicamentos. Los subservicios de espejuelos y audífonos ya no son parte de esta categoría, sino de la categoría de servicios de salud ambulatorios. Se especifica a continuación, información particular para algunas de las asistencias ofrecidas.

a. Vale de Alimentos:

- i. El tope para vales de alimentos será de **\$150** al año. En situaciones que así lo justifiquen, el vale de alimentos se podrá ofrecer como un complemento de la tarjeta del PAN (Programa de Asistencia Nutricional) en situaciones apremiantes que documenten esta necesidad.
- ii. Una tabla con los ejemplos de grupos de alimentos que se podrán cubrir con los fondos de Ryan White Parte B/ADAP se encuentran en **Anejo U**.

Además del vale de alimentos regular de **\$150**, el Programa podrá subvencionar un vale de emergencia hasta un máximo de **\$100**, cuando el Gobierno oficialmente haya declarado estado de emergencia por desastre natural (ejemplo: huracán o terremoto) o evento que afecte la salud pública, como la pandemia causada por el COVID-19. En el caso de los Vales por Situaciones de Emergencia, los artículos a ser permitidos pueden variar dependiendo del tipo de evento o desastre que se esté atravesando. Sin embargo, una tabla con el ejemplo de los que aplicaron para enfrentar la pandemia del COVID-19 se presenta también en el **Anejo U**. Asimismo le incluimos la referencia de la Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico del Departamento de Salud, la cual ha creado documentos de referencia para situaciones de emergencia: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/7683>

No es requisito utilizar los formatos incluidos en el **Anejo U** si ya la agencia cuenta con unos propios; pero sí deberá tener presente los artículos permitidos, no permitidos y aquellos que son permitidos en cantidades limitadas, considerando el tipo de vale a otorgar.

b. Medicamentos:

- i. Los medicamentos a ser provistos bajo la categoría de servicios de Asistencia Económica de Emergencia son medicamentos no cubiertos por el plan de salud del/la participante, el programa ADAP u otra fuente de pago. Los mismos se ofrecen para atender la necesidad inmediata o apremiante del/la participante, por lo que estos servicios son de tipo *one shot* (una dosis) y no pueden ser provistos de forma recurrente o continua. Los medicamentos solicitados deben relacionarse con la condición de VIH.
- ii. En los casos en los que hay una necesidad apremiante del medicamento por parte del participante, y este entiende que su plan médico ni ADAP

cubren el medicamento que puede ser solicitado por esta categoría, y se experimenta una demora en la respuesta a la solicitud de negativa o no cubierta por parte del plan médico o la aseguradora, será permitido como evidencia que la farmacia haga una nota en la receta indicando que el plan médico del participante no cubre el medicamento porque hubo un rechazo en el sistema de farmacia.

5. **Transportación Médica**

Como parte de los servicios de Transportación Médica subvencionados, se establece explícitamente que los boletos de avión para residentes de Vieques y Culebra que así lo ameriten para asistir a sus citas para el cuidado de su salud, pueden ser subvencionados con fondos de la Parte B. Además, en caso de que sea necesario, se podrá coordinar transportación terrestre una vez el cliente llegue a la Isla Grande mediante vales o tarjetas específicas para el servicio de transportación. Todo el proceso antes mencionado deberá ser presentado al Programa Ryan White Parte B previo a ofrecer el servicio para su aprobación.

Dentro de esta categoría además se incluyen viajes de apoyo a los que se puede hacer referencia en el Protocolo de Transportación Médica vigente. De tener dudas con otros viajes que pudieran ser permitidos, la agencia podrá someter una **Solicitud para Autorización de Servicios** (Visto Bueno) al Programa para evaluación.

En el caso de los servicios de transportación para la entrega de medicamentos al hogar del participante en **situaciones de emergencia** que lo amerite, se deberá auscultar con el participante si autoriza al conductor a recoger sus medicamentos en la farmacia utilizando el **Anejo I** y entregarlos en su residencia. En la eventualidad de que el transportista no encuentre al participante al momento de hacer la entrega de los medicamentos, deberá comunicarlo a la agencia que coordinó el viaje y regresar lo antes posible los medicamentos a la farmacia que los despachó. Por tanto, el transportista no debe quedarse o permanecer con los medicamentos de un día para otro o por un periodo prolongado de tiempo.

6. **Banco de Alimentos/Comidas a Domicilio**

El servicio de comidas a domicilio podrá ofrecerse con un plan nutricional debidamente completado por un/a nutricionista o mediante certificación médica en la cual el médico especifique las comidas que debe o no debe ingerir el cliente según sus condiciones de salud.

Además, se mantiene la unidad de servicio relacionada a los artículos de higiene personal y limpieza. Se hace la aclaración que las unidades en cuanto a esto podrán modificarse o crearse para responder a cómo cada agencia proyecte ofrecer estos productos, ya sea como un kit, productos individuales o vales, entre otros. Con respecto a la transportación provista por el proveedor de una agencia coordinadora para llevar alimentos al hogar, se ha creado como nueva el siguiente sub-servicio:

Categoría de Servicio	Subservicio	Criterios (se debe cumplir con uno de los criterios)	Definición	Unidad de Servicio
Banco de Alimentos/ Comidas a Domicilio	Alimentos a Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> Participante con problemas de movilidad o que esté encamado Participante sin medios de transportación disponibles (excepto el de la agencia), ni redes de apoyo Participante con necesidad apremiante de recibir los alimentos, pero consecutivamente ha faltado a sus citas para recogerlos 	Entrega, por parte del proveedor de transportación médica de la agencia coordinadora, de alimentos sean estos enlatados, congelados o preparados al hogar del participante	Una entrega de alimentos al hogar por parte del proveedor de transportación médica de la agencia coordinadora se considera una unidad de servicio.

7. Vivienda Temporera

El personal de Manejo de Caso deberá asegurarse que la necesidad de los servicios de vivienda sea documentada para el propósito de cumplir con su cuidado médico. Para esto, mensualmente el personal de Manejo de Caso No Clínico de la agencia, deberá coordinar con el personal de Manejo de Caso del centro u hogar que presta el servicio de vivienda temporera, para que se desarrolle el **Plan de Vivienda Individualizado**, el cual debe ser actualizado, como mínimo, mensualmente. Este formato está incluido en el **Anejo V** del presente documento. El Programa limita el servicio de vivienda temporera a 90 días por año fiscal para el referido inicial. De requerirse el servicio de vivienda por un periodo adicional, podrá solicitarse mediante una **Solicitud para Autorización de Servicio (Visto Bueno)** a ser sometida al Programa Ryan White Parte B/ADAP. Se recuerda que la agencia debe documentar los servicios de vivienda provistos, el número de participantes servidos, la duración de los servicios de vivienda otorgados, los tipos de vivienda provistos y los referidos realizados a servicios de vivienda.

III. MEJORAMIENTO DE CALIDAD

Como parte del rol del personal de manejo de caso no clínico en coordinar y apoyar los trabajos de los Comités de Calidad de la agencia, se espera que el Comité se reúna como mínimo una vez trimestralmente. Dicho Comité, por región, deberá tener representación de la Junta de Directores, proveedor de servicios y consumidor/a. Estas reuniones podrán realizarse por plataformas virtuales, siempre y cuando el/la consumidor/a domine las mismas y esto no sea una barrera para su participación. De lo contrario, se deberá integrar al consumidor/a que no esté familiarizado con estas plataformas mediante llamadas telefónicas de ser necesario. Es compulsorio que en toda reunión de Comité coordinada se convoque al personal de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH. Por otra parte, se espera que para cada reunión se presente una agenda, se redacte una minuta y preferiblemente se trabaje en una presentación visual (por ejemplo: *Power Point*) del contenido a compartir para facilitar la discusión de los temas presentados.

IV. FRECUENCIA PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA MANEJO DE CASO NO CLÍNICO

En la tabla a continuación, se presenta un resumen de la frecuencia con la que deberán revisarse o actualizarse la documentación requerida para la prestación de los servicios subvencionados. Para el ver detalle relacionado a la prestación de los servicios, documentación de apoyo requerida e información a ser incluida en cada uno de los documentos, favor referirse a las secciones previas de la presente guía.

DOCUMENTO	FRECUENCIA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN
1. Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios de Ryan White Parte B.	Considerando de las situaciones descritas previamente, para documentar la determinación inicial o confirmación de elegibilidad, se deberá actualizar, como mínimo, anualmente para participantes con cubierta médica y residencia legal o semestralmente en el caso de participantes sin cubierta médica o sin documentos por estado migratorio.
2. Auto-declaración de Identidad, Ingresos, Residencia y Aseguramiento para Desastres Naturales, Eventos Atmosféricos y Situaciones de Emergencia	Semestralmente, a partir de la Auto-declaración inicial.
3. Plan de Cuidado Individualizado	Anualmente se desarrolla un Plan de Cuidado Individualizado y se actualiza al prestar los servicios, de identificarse necesidades nuevas o no contempladas

DOCUMENTO	FRECUENCIA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN
	anteriormente en el Plan, incluyendo el auscultar cambio en cubierta Platino o <i>Advantage</i> , de ser el caso.
4. Consentimiento a Intervención de Manejo de Casos y Contrato de Servicios	No es necesario actualizar el mismo anualmente. Deberá ser actualizado cuando el participante desee realizar cambios referentes a revocar o autorizar alguna acción o gestión contemplada en el formulario.
5. Consentimiento para Visitas y/o Llamadas	No es necesario actualizar el mismo anualmente. Deberá ser actualizado cada vez que el participante desee revocar su consentimiento a ser llamado o visitado o, si por el contrario, desea consentir tales gestiones.
6. Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento	No es necesario actualizar el mismo anualmente, excepto cuando haya una enmienda en la ley HIPAA que requiera de la revisión o actualización del contenido del Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento.
7. Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida (PHI)	Este formulario deberá ser actualizado, como mínimo, anualmente, o en mayor frecuencia considerando los cambios en las divulgaciones autorizadas por el participante.
8. Relevos de Responsabilidad y Autorización Informada para el Uso de Datos Personales para Servicios que Requieren Trámites Electrónicos	Cuando aplique, para proveerle asistencia al participante en situaciones en las que comparte información de salud protegida (PHI) con un ente externo por medios electrónicos.
9. Consentimiento para Recogido de Medicamentos en Farmacia	Cuando aplique en situaciones de emergencia, para que el participante autorice al personal de manejo de caso no clínico o proveedor de transportación médica de la agencia coordinadora a recoger medicamento del participante a la farmacia y hacerle entrega del mismo al participante.
10. Bitácora de Divulgaciones de PHI	Cada vez que personal autorizado de la agencia coordinadora divulgue, por cualquier medio, información de salud protegida (PHI) del participante.
11. Registro de Copias de los Expedientes No Clínicos	Cada vez que el participante o su representante autorizado solicite copia del expediente no clínico.
12. Queja por Violación a la Privacidad de la Información Médica de la OCR	De surgir algún incidente relacionado a faltas a la privacidad, confidencialidad, uso o divulgación de PHI de los participantes, el personal de la agencia deberá facilitar al participante copia de este formulario.
13. Notas de Progreso	Todos los servicios subvencionados, así como todas las gestiones realizadas para la coordinación y prestación de estos, deberán documentarse a través de notas de progreso.
14. Hoja de Referido	Para la prestación de los servicios subvencionados deberá cumplimentarse la hoja de referido.
15. Solicitud para Autorización de Servicio (Visto Bueno)	Cuando aplique, para los servicios subvencionados cuya prestación implique exceder el tope de pago para una categoría o sub-servicio específico o una situación especial (particular) no contemplada en la descripción del servicio.
16. Informe de Transferencia o Cierre de Caso	Cuando aplique, para la transferencia o cierre de caso.

DOCUMENTO	FRECUENCIA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN
17. Plan de Cuidado para Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	Cuando aplique, para los servicios incluidos en la categoría de CSHBC, este plan deberá ser revisado o actualizado, como mínimo, anualmente, a partir de la fecha de redacción del plan inicial o del último plan desarrollado. El plan se podrá revisar en mayor frecuencia a discreción del médico que evalúa el caso.
18. Certificación de Gestiones Realizadas para Prestar Asistencia Económica de Emergencia	Cuando aplique, en la eventualidad de otorgar asistencias económicas de emergencia.
19. Asistencia Económica de Emergencia para Vale de Alimentos	Cuando aplique, en la eventualidad de otorgar asistencias económicas de emergencia para vale de alimentos.
20. Asistencia Económica de Emergencia Vale para Situaciones de Emergencia	Cuando aplique, en la eventualidad de otorgar asistencias económicas de emergencia para vale por situaciones de emergencia por evento natural, desastre o evento que afecte la salud pública, como la pandemia causada por el COVID-19.
21. Plan Individualizado de Servicios y Vivienda	Cuando aplique, en la eventualidad de prestar servicios de vivienda temporera este plan debe ser actualizado mensualmente.
22. Plan Nutricional	El Plan Nutricional deberá ser revisado, como mínimo, anualmente o en mayor frecuencia a discreción del nutricionista/dietista.

ANEJOS

ANEJO A

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS DE RYAN WHITE PARTE B (PRWB)

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Client ID
Nombre de Preferencia				

ELEGIBILIDAD

Estatus del participante: Con residencia legal en P.R. y aseguramiento Sin hogar, residencia legal en P.R. o aseguramiento
 Desastres naturales, eventos atmosféricos y situaciones de emergencia

<input type="checkbox"/> Determinación de elegibilidad para participantes nuevos <input type="checkbox"/> Provisional (6 meses) <input type="checkbox"/> Confirmación de elegibilidad para participantes existentes <input type="checkbox"/> Provisional (6 meses)	Tipo de Intervención: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Telefónica
---	---

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD INICIAL

Información de Contacto:
 Teléfono: _____ Teléfono alterno: _____ Correo electrónico: _____
 Dirección física: _____
 Persona de contacto alterna/parentesco: _____ Telf. persona de contacto alterna: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ **Seguro Social:** _____

COMPROBACIÓN DE IDENTIDAD	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Tarjeta electoral <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Declaración jurada
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación del Dpto. Transportación y Obras Públicas Número Identificación _____
	<input type="checkbox"/> Otra identificación emitida por alguna entidad pública o privada bonafide: _____

COMPROBACIÓN DIAGNÓSTICA	Prueba con resultado positivo a VIH:
	<input type="checkbox"/> Algoritmo de VIH última generación (aprobada por la FDA) <input type="checkbox"/> Western Blot
	<input type="checkbox"/> Laboratorio Carga viral de VIH y CD4 (que no excedan 6 meses)
	<input type="checkbox"/> Certificación del Médico Tratante de VIH del Participante (cuando no existan resultados de laboratorios)
	<input type="checkbox"/> Pruebas Rápidas de VIH o ELISA (para acceder a un centro donde realicen pruebas confirmatorias de VIH)

CONFIRMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

RESIDENCIA EN PUERTO RICO	Evidencia de dirección:
	<input type="checkbox"/> Notificación de Decisión de Medicaid
	<input type="checkbox"/> Evidencia de tarjeta vigente del Plan Vital validado en el portal de Medicaid
	<input type="checkbox"/> Autodeclaración en casos especiales para elegibilidad provisional por situación de emergencia, personas sin hogar o sin documentos por estado migratorio en P.R.
	<input type="checkbox"/> Otro: _____ Municipio: _____

ELEGIBILIDAD ECONÓMICA	<input type="checkbox"/> Determinación económica por MEDICAID: _____
	<input type="checkbox"/> Evidencia de tarjeta vigente del Plan Vital validado en el portal de Medicaid
	<input type="checkbox"/> Autodeclaración de ingresos en casos especiales para elegibilidad provisional por situación de emergencia oficial/estatal, personas sin hogar o sin documentos por estado migratorio en P.R.: _____
	Composición familiar: _____ Nivel de pobreza federal: <input type="checkbox"/> ≤ 200% <input type="checkbox"/> >200%

ASEGURAMIENTO	<input type="checkbox"/> No posee plan médico
	<input type="checkbox"/> Plan de Salud del Gobierno de P.R.: _____ / Fecha de vigencia: _____
	<input type="checkbox"/> Plan médico privado: _____ / Fecha de vigencia: _____
	<input type="checkbox"/> Medicare: __ Parte A __ Parte B __ Parte D __ Advantage __ Platino/Fecha de vigencia: _____

Certifico que toda la información, verbal o escrita, que he provisto es verdadera y correcta. De ofrecer alguna información falsa en esta solicitud, se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el PRWB y podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.

Firma del Solicitante o Representante

Fecha (mes/día/año)

Yo, _____ MCNC de _____ certifico haber realizado una intervención telefónica en la que se logró completar la información requerida para este formulario y a su vez se discutió la información expuesta en la certificación.

Firma de MCNC o Representante Autorizado de la AC

Fecha (mes/día/año)

Instrucciones:

1. DETERMINACIÓN INICIAL Y CONFIRMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Cada solicitante o participante de servicios subvencionados con los fondos de Ryan White Parte B/ADAP tendrá que cumplir con los criterios de elegibilidad detallados en la Guía de Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP. Asimismo, es requerido por HRSA, según especificado en su PCN #21-02, que se determine inicialmente y se confirme periódicamente la elegibilidad de los/as participantes de servicios de la Parte B. En cumplimiento con esto, el PRWPB/ADAP requiere que la elegibilidad de personas de nuevo ingreso debe ser determinada inicialmente y confirmada periódicamente durante el año.

Para llevar a cabo la determinación de elegibilidad inicial se evaluarán los siguientes criterios de elegibilidad: identidad, diagnóstico, residencia, ingreso y aseguramiento. En las confirmaciones posteriores de elegibilidad se verificarán posibles cambios en residencia, ingreso y aseguramiento. En los casos particulares de personas **sin documentos por estado migratorio**, sin cubierta médica, o para situaciones de emergencia por desastres, eventos naturales o pandemia, entre otros, las confirmaciones de elegibilidad deben ocurrir como mínimo semestralmente o cada seis meses. Para situaciones de emergencia por desastres, eventos naturales o pandemia, entre otros en los que la persona no pueda proveer alguna documentación para evidenciar cumplimiento con alguno de los criterios de elegibilidad, se aceptará temporariamente que la persona auto-declare la información relacionada con los criterios de elegibilidad, para aquellos criterios para los cuales no pueda proveer evidencia física (escrita) al momento de solicitar los servicios.

Específicamente, para determinar la elegibilidad de solicitantes de nuevo ingreso y confirmar la elegibilidad de participantes existentes, el personal de manejo de casos deberá cumplimentar el **Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios de Ryan White Parte B. Además**, deberán asegurarse de que los documentos para evidenciar la elegibilidad de los/as participantes para cada uno de estos criterios, estén actualizados al momento de realizar la determinación y confirmación de elegibilidad, correspondiente. El estatus del/la solicitante o participante debe ser documentado en su expediente para que conste su elegibilidad para los servicios a través de los fondos Ryan White Parte B/ADAP. Para cumplimentar el formulario de elegibilidad, el personal de MCNC deberá considerar las guías especificadas a continuación para cada sección incluida en este:

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA
En esta sección se indicará el nombre completo del/la solicitante o participante, comenzando por sus apellidos. Del/la participante tener un segundo nombre, deberá indicarse la inicial, así como el número de identificación único o número de expediente, según sea asignado o utilizado por la agencia para identificar al/la solicitante o participante. De la persona identificar un nombre de preferencia por el cual desea ser llamado/a o referido/a se deberá tomar nota del mismo en el espacio provisto para estos fines.
ELEGIBILIDAD
Estatus del participante- En esta sección se marcará el estatus que corresponda al/la solicitante o participante. Esto es, si tiene residencia legal en P.R. y aseguramiento, si es una persona sin hogar, sin documentos por estado migratorio en P.R. o aseguramiento, o si es una situación de emergencia por desastre natural, evento atmosférico, pandemia u otro declarado oficialmente por las autoridades del gobierno estatal o federal.

Determinación y Confirmación de Elegibilidad- En este renglón se marcará si se está realizando una determinación o confirmación de elegibilidad. En el caso de solicitantes nuevos, deberá marcarse la opción de **Determinación de elegibilidad para participantes nuevos**. Si el/la participante ya se le ha determinado su elegibilidad previamente, deberá marcarse la opción de **Confirmación de elegibilidad para participantes existentes**. Si el/la solicitante o participante, ya sea de nueva solicitud o existente, es una persona sin hogar, residencia legal en P.R. o sin aseguramiento, o si es una situación de emergencia deberá marcarse, además de la opción de **determinación o confirmación de elegibilidad** correspondiente, el encasillado de **Provisional (6 meses)**, ya que la elegibilidad en estos casos tendrá una duración de 6 meses.

Tipo de Intervención- En este espacio se marcará si para determinar o confirmar la elegibilidad del/la participante se realizó una **intervención presencial (cara a cara)** con el/la participante o una **intervención telefónica**. En este último escenario, el/la MCNC deberá cumplimentar la certificación a estos fines incluida al calce de este formulario.

**Respecto a la intervención telefónica recordamos que, en caso de que se dificulte obtener la firma del/la participante (ej: situaciones de emergencia por evento atmosférico o pandemia) y con el fin de garantizar el cumplimiento con las disposiciones de HRSA en cuanto a determinar inicialmente y confirmar periódicamente la elegibilidad de los/as participantes, se aceptará que el formulario sea completado por el personal de manejo casos mediante una llamada telefónica en la que se documente las respuestas del/la participante a las preguntas sobre sus criterios de elegibilidad. No obstante, de usar esta modalidad, el/la participante debe enviar por medios electrónicos la documentación de elegibilidad requerida debidamente encriptada. Del/la participante necesitar orientación sobre cómo encriptar los documentos, el personal de MCNC debe estar en la disposición de explicarle cómo hacerlo. Esta alternativa está disponible como último recurso cuando se han agotado las alternativas previamente especificadas, esto en caso de que al/la participante se le dificulte acceder a la agencia y/o el personal de Manejo de Caso no pueda localizarlo en su residencia. En estos casos, el personal de manejo de casos debe documentar la gestión telefónica realizada para la determinación inicial o confirmación de elegibilidad en el espacio provisto para estos fines. En este punto es importante aclarar que, si la persona resulta finalmente inelegible, la agencia coordinadora es responsable de aplicar al participante el recobro correspondiente por el servicio prestado y facturar a fuentes de pago alternas, como el seguro médico con el cual cuente el participante u otras fuentes de pago disponibles.*

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD INICIAL

Información de contacto- En el caso de solicitantes de nuevo ingreso, a quienes se les determina su elegibilidad inicialmente, se deberá detallar la información de contacto del/la solicitante y de una persona contacto alterna autorizada por el/la solicitante o participante (i.e. número de teléfono, correo electrónico y dirección física). No obstante, de realizarse una confirmación de elegibilidad para un/a participante existente en la que se identifica algún cambio en la información de contacto del/la participante o persona de contacto alterna, se podrá utilizar este espacio para anotar la información correspondiente.

Fecha de nacimiento y Seguro Social- En estos espacios deberá especificarse la fecha de nacimiento en el formato de mes, día y año, y el número de seguro social del/la solicitante, según corresponda. De la agencia coordinadora preferirlo, podrá identificar sólo los últimos 4 dígitos del seguro social en este renglón.

Comprobación de identidad- Para determinar la elegibilidad inicial de solicitantes de nuevo ingreso, se deberá corroborar la identidad de la persona mediante identificación con foto o documento fehaciente

que sirva para evidenciar que la persona que solicita el servicio es quien dice ser, y se marcará el encasillado correspondiente a la evidencia presentada.

- Si la persona que solicita algún servicio subvencionado no posee una identificación con foto, se podrá aceptar, por excepción, que la identidad del participante se verifique a través de cualquier otro documento personal fehaciente (ejemplo: declaración jurada) o declaración escrita firmada por el participante que evidencie la misma y que el manejador de caso así lo certifique. Esta excepción es particularmente aplicable, por ejemplo, para pacientes menores de edad, personas sin hogar o personas encamadas.

Para la opción de **otra identificación** deberá detallar el tipo de identificación y de donde es emitida (ejemplo: ID de estudiante de la UPR).

De la identificación tener un número, deberá detallarse el mismo en el espacio provisto para estos fines.

**Se hace la aclaración que no es requerido que la agencia retenga los documentos originales para evidenciar la elegibilidad de los/as solicitantes, una copia certificada como fiel y exacta por el representante de la agencia servirá para estos fines. Asimismo, no será necesario solicitar evidencia de identidad para la confirmación de elegibilidad de participantes existentes que ya presentaron esta evidencia al ser determinada su elegibilidad previamente; salvo en situaciones particulares en las que haya tenido lugar un cambio en la identidad del/la participante (ejemplo: cambio de nombre oficial), en cuyo caso se podrá utilizar este espacio para actualizar la información correspondiente.*

Comprobación diagnóstica- Para determinar la elegibilidad inicial de solicitantes de nuevo ingreso, se corroborará que la persona tenga un diagnóstico positivo a VIH, por lo que deberá presentar evidencia de una prueba confirmatoria de VIH y deberá marcarse en este renglón la prueba o documento que así lo confirma. En situaciones particulares se podrán aceptar:

- Certificación del Médico Tratante de VIH del participante- Esta opción solamente será contemplada cuando no existan los resultados de ninguno de los laboratorios antes mencionados (ejemplo: participantes que se trasladan a la isla sin evidencias clínicas de su condición por razones de emergencia, eventos atmosféricos y/o desastres naturales, entre otras). Si el participante procede de alguna otra jurisdicción de los Estados Unidos o del Sistema Correccional, manejo de casos deberá hacer toda gestión posible para obtener copia de alguna prueba confirmatoria de la condición.
- Pruebas Rápidas de VIH o ELISA Convencional- Serán aceptadas sólo para servicios que faciliten acceso a un centro clínico donde realicen pruebas confirmatorias de VIH y otros laboratorios relacionados.

**Se hace la aclaración que no será necesario solicitar evidencia de diagnóstico positivo a VIH para confirmar la elegibilidad de participantes existentes que ya presentaron esta evidencia al ser determinada su elegibilidad previamente.*

CONFIRMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Tanto para la determinación inicial de solicitantes nuevos, como para la confirmación de elegibilidad de participantes existentes se deberá evidenciar domicilio en P.R elegibilidad económica y aseguramiento.

Residencia en Puerto Rico- La persona tiene que evidenciar que es residente en Puerto Rico. Para esto, las **personas con residencia legal en P.R.** deberán presentar evidencia de la Notificación de Decisión otorgada por el Programa Medicaid, en la que se indique su dirección residencial y se marcará la opción correspondiente a esta evidencia en este renglón. **Si la persona presenta evidencia del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Plan Vital) se podrá validar la vigencia de la cubierta utilizando el portal electrónico del Medicaid. Puede acceder a la siguiente dirección: <https://www.medicaid.pr.gov/>, bajo la sección Verificar mi Elegibilidad.**

No obstante, para evidenciar el estatus de residencia en el caso de las **personas sin hogar o residencia legal en P.R. o para situaciones de emergencia**, se tomará en consideración:

- **Autodeclaración en casos especiales**- Si es una persona **sin documentos por estado migratorio** en P.R. o para situaciones de emergencia la persona hará una autodeclaración detallando:
 - Si vive con un familiar o amigo, el nombre de la persona con quien vive y la dirección.
 - si se encuentra sin hogar
 - si se encuentra viviendo en un refugio, albergue, hogar o vivienda transitoria, el nombre de la institución, dirección y teléfono
 - si se encuentra viviendo en una propiedad alquilada, nombre de quien le alquila, dirección y teléfono.
- **Otro**- En el caso de las **personas sin hogar** se debe contar con una certificación del programa para personas sin hogar o manejador de caso que documenta su domicilio y estatus al momento de certificar su elegibilidad. En este caso, se marcará la opción de otro y se especificará en el espacio provisto que es una persona sin hogar certificada por el personal autorizado y el centro o agencia correspondiente.
De acuerdo con la situación que aplique y las evidencias presentadas por el/la participante, se deberá marcar la opción correspondiente (i.e. Autodeclaración u Otro).
- **Municipio**- En el espacio provisto, se especificará el municipio de domicilio de conformidad con las evidencias o información declarada por la persona.

Elegibilidad Económica- La persona debe tener un ingreso igual o menor al 200% del nivel de pobreza federal aplicable o ser beneficiario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG-Vital). Para determinar o confirmar la elegibilidad económica, se marcará la opción que aplique considerando lo siguiente:

- **Determinación económica por Medicaid**- En el caso de las **personas elegibles al PSG** deberán presentar evidencia de la Notificación de Decisión del Programa Medicaid y se utilizará el ingreso indicado en la notificación para cualificarlo. En este caso, se deberá marcar la opción de **Determinación económica por Medicaid** y anotar en el espacio provisto el ingreso especificado en la notificación. Además, se utilizará la información de la notificación para determinar el tamaño del componente familiar y anotar esta información en el espacio provisto a estos fines, así como para determinar si considerando el ingreso determinado por Medicaid y su componente familiar la persona está igual o bajo el 200% del nivel de pobreza federal aplicable, y marcar la opción correspondiente para el renglón de **nivel de pobreza federal**.
Si el **ingreso determinado por Medicaid excede el 200%** del nivel de pobreza federal debido a que el cálculo se realizó utilizando los ingresos del componente familiar, la agencia coordinadora verificará los ingresos individuales del/la solicitante o participante y evaluará internamente la elegibilidad económica. Para esto, **solicitará el apoyo de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH para que en conjunto se identifique la documentación que se le solicitará al participante, según su situación particular**.
- Si la persona presenta evidencia del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Plan Vital) se podrá validar la vigencia de la cubierta utilizando el portal electrónico del Medicaid. Puede acceder a la siguiente dirección: <https://www.medicaid.pr.gov/> , bajo la sección Verificar mi Elegibilidad.
- **Autodeclaración de ingresos**- Si es una **persona sin hogar o residencia legal en P.R. o para situaciones de emergencia** la persona hará una autodeclaración de sus ingresos detallando:
 - ocupación o trabajo realizado, o si recibe ayuda económica de otra persona o fuente

- la cantidad de dinero o ingreso devengada o recibida y la frecuencia, esto es semanal, mensual u otro.
- su composición familiar

Utilizando la información declarada por la persona, se marcará la opción de Autodeclaración de ingresos y se anotará el ingreso informado, así como la composición familiar en el inciso correspondiente. Considerando el ingreso y la composición familiar, se deberá marcar en el renglón de **nivel de pobreza federal** si la persona está igual o bajo el nivel de pobreza aplicable.

Aseguramiento- Para el ofrecimiento de cualquier servicio, el/la solicitante o participante debe presentar limitaciones para el financiamiento de este y el servicio solicitado no puede ser cubierto por un seguro de salud público o privado, la persona no posee un seguro de salud o de tener un seguro de salud, este no cubre el servicio solicitado o se alcanzó el tope de la cubierta del seguro para el servicio solicitado. Por tanto, para determinar la elegibilidad por limitación o falta de aseguramiento, se marcará la opción que aplique considerando si la persona no posee plan médico o cuenta con el Plan de Salud del Gobierno de P.R. u otro plan médico privado. De la persona poseer un plan médico, se deberá marcar la opción correspondiente y especificar el nombre de la aseguradora y la vigencia de este. En el caso de las cubiertas Medicare se deberá marcar, además la opción que corresponda al tipo de cubierta (i.e. Partes A, B, D, Advantage y Platino), así como el periodo para el cual entró en vigor esta cubierta.

- Si la persona cuenta con algún seguro de salud como el Plan de Salud del Gobierno de P.R., Medicare o planes médicos privados, el personal de MCNC deberá auscultar la cubierta correspondiente y, de ser necesario, dirigirla a obtener los servicios a través de este.
- De no poseer un seguro de salud o plan médico, la persona deberá ser orientada y referida al Programa de Asistencia Médica de su municipio de Residencia o Domicilio, o de no poseer residencia legal deberá presentar una declaración escrita firmada por la persona que indique no contar con los recursos económicos, ni otras alternativas para costear el servicio y que el manejador de caso así lo certifique.

*** Con regla general, recordamos que, en el caso de personas sin hogar, sin documentos por estado migratorio o aseguramiento o para situaciones de emergencia, tanto la determinación de elegibilidad inicial para participantes nuevos, como la confirmación de elegibilidad de participantes existentes, tendrá una vigencia de 6 meses a partir de la fecha de determinación o confirmación.**

Certificación del/la Participante o su Representante

Si la intervención se llevó a cabo con el/la solicitante o participante de manera presencial (cara a cara), una vez discutida la certificación con el/la solicitante o participante, este/a o su representante autorizado deberá firmar el formulario y colocar la fecha en la que se cumplimentó el formulario de elegibilidad.

Si se llevó a cabo una intervención telefónica, se deberán seguir las guías especificadas en el encasillado siguiente.

Certificación de Intervención Telefónica de MCNC

En aquellos casos en los que la determinación o confirmación de elegibilidad es realizada por intervención telefónica, en lugar de la firma del participante, el personal de MCNC deberá cumplimentar la certificación de intervención telefónica incluida al calce del formulario especificando el nombre propio y el de la agencia coordinadora, así como firmando y colocando la fecha en la que se realizó la intervención.

En estos casos, además, la agencia coordinadora deberá mantener el formulario de elegibilidad en expediente para que pueda ser firmado posteriormente por el/la participante en un tiempo razonable cuando se tenga contacto con el mismo.

Como parte del proceso de documentar la certificación de elegibilidad de participantes, es requerido que el personal de Manejo de Casos de la agencia coordinadora registre en la base de datos del CAREWare bajo el campo de:

- **Determinación de Elegibilidad**- La determinación de elegibilidad inicial, esto es, la que se realiza por primera vez al/la participante.
- **Confirmación de Elegibilidad Anual**- El proceso de confirmación de elegibilidad, que se realiza posterior a la determinación de elegibilidad inicial, de participantes con residencia legal en P.R.
- **Confirmación de Elegibilidad Semestral**- El proceso de **confirmación** de elegibilidad, que se realiza posterior a la **determinación** de elegibilidad inicial, de participantes sin hogar, residencia legal en P.R., aseguramiento o para situaciones de emergencia por desastres naturales, eventos atmosféricos u otros.

ANEJO B

AUTO-DECLARACIÓN DE IDENTIDAD, INGRESOS, RESIDENCIA Y ASEGURAMIENTO PARA DESASTRES NATURALES, EVENTOS ATMOSFÉRICOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA

Apellidos	Nombre	Inicial
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Seguro Social	

INGRESOS	<p>Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: (<i>favor <u>iniciar</u> la opción que le aplique</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Yo o un adulto en mi unidad familiar recibe dinero de un trabajo por cuenta propia del cual no existe talonario. Ocupación o trabajo realizado: _____ Salario mensual promedio: \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recibo ayuda económica o dinero de otro individuo Descripción: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recibo ayuda económica o dinero de alguna otra fuente para mi sustento Identifique la fuente de la asistencia: _____ Cantidad de la asistencia: \$ _____</p>	
	RESIDENCIA	<p>Cumplo con el requisito de ser residente permanente de alguno de los 78 municipios de Puerto Rico de la siguiente manera: (<i>favor <u>iniciar</u> la opción que le aplique</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Yo vivo con un familiar o amigo Nombre de la persona con quien vive: _____ Dirección: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Me encuentro sin hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Me encuentro viviendo en un refugio, albergue, hogar o vivienda transitoria. Nombre de la Institución: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo una propiedad alquilada Nombre de quien le alquila la propiedad: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____</p>

Cumplo con el requisito de aseguramiento médico de la siguiente manera: (*favor iniciar*)

_____ No poseo ninguna cubierta de seguro médico (Privado o PSGPR) que cubra los servicios que estoy solicitando.

_____ Poseo una cubierta de seguro médico con:

Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Vital) / Aseguradora: _____

Aseguradora Privada: _____

Los criterios antes mencionados serán validados cada seis meses considerando que las evidencias de los criterios de elegibilidad relacionados con la identidad y el diagnóstico, ya se encuentran en el expediente del participante.

Yo, _____, certifico que toda la información que he provisto en esta auto-declaración es verdadera y correcta. Si deliberadamente doy alguna información falsa en esta auto-declaración se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa Ryan White Parte B/ADAP y el Departamento de Salud de P.R. podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes. Esta certificación tendrá una vigencia de seis (6) meses transcurridos desde la fecha en que fue firmada.

Firma del/la Participante

Fecha (día/mes/año)

Yo, _____ Manejador(a) de Caso de la Agencia Coordinadora _____ certifico haber realizado una intervención telefónica con el participante en la que se logró completar y validar la información provista en este formulario y a su vez se discutió la información expuesta al dorso.

Firma (Manejador(a) de Caso): _____

Fecha (mm/dd/aaaa): _____

ANEJO C
Programa Ryan White Parte B/ADAP

CONSENTIMIENTO A INTERVENCIÓN DE MANEJO DE CASOS Y CONTRATO DE SERVICIOS

1. Yo, _____ número de expediente _____,
() consiento () no consiento la intervención del personal de Manejo de Casos de _____
_____ como parte de los servicios que ofrece el Programa Ryan White Parte
B/ADAP.
2. **Autorizo/ No Autorizo** a usar la información socio demográfica y de salud contenida en el expediente para lo siguiente:
- Brindar y referir servicios de salud y apoyo necesarios para mejorar mi condición de salud**
- Gestionar servicios a mi nombre**
- Discutir casos en grupo de profesionales**
3. Es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo revocar esta autorización mediante comunicación escrita. Entiendo que rehusar a recibir los servicios de manejo de caso puede interferir y/o impedir la coordinación y prestación de servicios de salud y de apoyo que requieran de tal autorización, y que de autorizar podré beneficiarme de los servicios ofrecidos por esta organización.
4. He sido informado que la ley permite que mi información de salud de salud protegida sea divulgada: para mi tratamiento, pago, operación de negocio y/o por requisitos de ley.
5. He sido notificado que la información contenida en el expediente puede ser compartida con el personal autorizado de _____, el personal médico y de manejo de caso del **Centro Clínico de _____**, el personal autorizado del Departamento de Salud de Puerto Rico, de las agencias subcontratadas para la prestación de servicios de salud y de apoyo, de las firmas de auditoría interna y externa concernientes, y de otras entidades o agencias gubernamentales según lo dispuesto en la ley.
6. Certifico haber recibido información de **la Ley #194** sobre los derechos y responsabilidades del paciente y **Ley # 248** del 1 de diciembre de 2018, Carta de Derechos de las Personas Viviendo con VIH en Cualquiera de sus Etapas en Puerto Rico.
7. En caso de cierre o cese de prestación de servicios de la organización se me notificará con un mes de antelación y se me brindará la oportunidad de obtener copia de mi expediente, mediante solicitud por escrito. A discreción de la organización, se podrá cobrar por el servicio de fotocopiar la documentación contenida en el expediente.
8. **Me comprometo a:**
- o **Observar siempre un comportamiento respetuoso y considerado hacia el personal de _____ y hacia los/as otros(as) participantes**
 - o **Ser puntual con mis citas**
 - o **Llamar para excusarme y reprogramar las citas cuando no pueda asistir a las mismas**

Firma del/la participante

Fecha (día/mes/año)

Firma del/la Manejador/a de Casos

Fecha (día/mes/año)

ANEJO D



CONSENTIMIENTO PARA VISITAS AL HOGAR Y LLAMADAS

Yo _____, edad _____, autorizo al personal de la Agencia Coordinadora _____, localizada en _____ a contactarme para conocer si comencé, estoy o descontinué mi tratamiento médico para el VIH. Este servicio de contacto es para ayudarme en el manejo de situaciones relacionadas a la condición, superarlas; dar seguimiento o reconectar a los/las pacientes a su tratamiento y así continuar viviendo de forma saludable y con una mejor calidad de vida. Reconozco que este servicio es completamente **VOLUNTARIO** y estrictamente **CONFIDENCIAL**. Además, reconozco que el mismo podrá ser revocado en cualquier momento por escrito.

Qué significa el no comenzar o el descontinuar mi tratamiento de VIH:

- Tener una prueba rápida para el VIH positiva preliminar y no haberme presentado a cita médica para una prueba confirmatoria de mi diagnóstico final y comenzar tratamiento.
- No haberme presentado para una visita médica luego de conocer el resultado de la prueba confirmatoria.
- Haber faltado a las citas médicas del Centro Clínico _____ por más de 6 meses.
- No realizarme laboratorios para el manejo de la condición de VIH en los últimos 3 meses (Carga viral, CD4)
- No haber cumplido en el recogido e ingesta de los medicamentos para la condición de VIH, según las instrucciones del médico.
- No haber notificado al personal de la Clínica sobre cambios de lugar de tratamiento, traslado, mudanza dentro y fuera de Puerto Rico.

Favor de marcar todas las alternativas en que usted desearía que le contactemos. **El personal de la Agencia no ofrecerá información confidencial ni se identificará con el nombre de la Agencia cuando realice la llamada. Para fines de identificación, el personal validará su nombre completo, últimos cuatro dígitos de su Seguro Social, su dirección y su fecha de nacimiento.** Estas formas de identificación serán utilizadas antes de que el personal ofrezca información sobre el motivo de la llamada. Al visitar o llamar, se considerará que familiares podrían no conocer de la condición del paciente; por lo que no se dará información a personas no autorizadas.

Consentimiento para llamadas telefónicas			
<input type="checkbox"/> No	No consiento a llamadas telefónicas		
<input type="checkbox"/> Si	Consiento a llamadas telefónicas:		
	<input type="checkbox"/>	Se puede dejar mensaje sólo con el nombre del empleado (sin incluir el nombre de la Agencia)	
	<input type="checkbox"/>	Se puede dejar mensaje con el nombre del empleado y número de teléfono de la Agencia (sin incluir el nombre de la Agencia)	
	<input type="checkbox"/>	No se puede dejar mensajes	
Teléfono del paciente:	_____	Celular del Paciente:	_____
Contactos:	_____	_____	_____
	Nombre	Relación	# de Teléfono
	_____	_____	_____
	Nombre	Relación	# de Teléfono
Correo electrónico	_____		

ANEJO E

ACUSE DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO

La ley federal "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA) requiere que se le notifique las prácticas de privacidad y confidencialidad de la institución y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su autorización (*consentimiento* de acuerdo a HIPAA) para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra organización.

Para cumplir con las disposiciones de ley, nuestra entidad le ha notificado el **Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de _____** y le solicita que firme este Acuse como evidencia de la notificación de dicho Aviso y su autorización para usar y divulgar su información de salud para efectos de tratamiento, pago y otras operaciones de salud. También autoriza a que la organización, su fuerza trabajadora (que incluye a los empleados, personal voluntario, etc.) y sus asociados de negocio, utilicen y divulguen su información de salud protegida para tratamiento, pago, transacciones y operaciones de salud.

Al firmarlo usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras *Prácticas de Privacidad* y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en el Aviso. Reviselo detenidamente, fírmelo y anote la fecha donde se indica.

Por favor, recuerde que la organización se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en el Aviso en cualquier momento. De usted interesar la última versión del Aviso, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad a los teléfonos que aparecen en esta forma.

Yo, _____, certifico que he leído las disposiciones del "**Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de _____**", lo entiendo, y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo y además consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago y otras transacciones y operaciones para el cuidado de mi salud según definidos en ley.

Nombre del/la Participante (en letra de molde)

Número de Récord

Firma o Marca del/la Participante

Fecha (día/mes/año)

Nombre del/la Representante Autorizado (si aplica)

Firma del/la Representante (si aplica)

Relación con el/la Participante

Fecha (día/mes/año)

Para Uso Oficial Solamente

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de Practicas de Privacidad y Consentimiento, no fué posible debido a:

- Participante se negó a firmar el Acuse
- Barrera de comunicación
- Otro (especifique): _____

Nombre del/la representante de la agencia
(en letra de molde):

Firma del/la representante de la agencia:

Fecha (día/mes/año):

ANEJO F

SECRETARÍA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Norma para la Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud		
TITULO: Solicitud / Autorización de Divulgación de Información de Salud		
Fecha Efectividad: 5 diciembre de 2023	Fecha de Revisión.: 25 septiembre de 2023	Página 1 de 2

NORMA:

Procedimiento para cumplir con la Solicitud / Autorización de Divulgación de Información de Salud.

PROPÓSITO:

1. Establecer un procedimiento uniforme para la Solicitud / Autorización de Divulgación de Información de Salud de los participantes del Programa Ryan White Parte B/ADAP que cumpla con los requisitos establecidos.
2. Proveer un formulario que permita la Solicitud / Autorización de Divulgación de Información de Salud destinado al archivo del expediente del participante.

PERSONA(S) RESPONSABLE(S):

- Departamento de Manejo de Información de Salud (si aplica)
- Personal autorizado

PROCEDIMIENTO:

1. El Departamento de Manejo de Información de Salud o Personal autorizado de la agencia coordinadora proveerá el Formulario de Solicitud/ Autorización de Divulgación de Información de Salud a todo participante que solicite copia de su expediente.
2. Una vez el Formulario sea completado, se le solicitará una identificación al participante para validar su identidad.
3. Si el participante o su representante legal no es el solicitante, la persona que hace la solicitud deberá entregar una autorización escrita y firmada por el participante o su representante legal con una identificación con foto del participante o su representante al momento de solicitar la información.
4. Con la autorización completada se procederá a sacar copia de acuerdo con lo solicitado.
5. Al momento de divulgar la información del participante se solicitará una identificación del solicitante y se completará la parte final del Formulario donde certificará que recibió la información solicitada.
6. El Formulario debe ser archivado en el expediente del participante como evidencia.
7. En caso de que una Agencia Gubernamental solicite información de salud de algún participante, el documento de Solicitud y Autorización de Divulgación de Información de Salud no se completará y se utilizará la carta de solicitud oficial y se archivará en el expediente.
8. Se completará el registro de divulgación de información de salud donde se colocará: número del expediente, nombre del participante, fecha de la solicitud y fecha de la divulgación.

ANEJO G

SECRETARÍA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Solicitud / Autorización de Divulgación de Información de Salud

Nombre del Participante: _____ Número de Récord: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: XXX – XX- _____

Persona que Solicita Información: _____ Relación: _____

Dirección Postal: _____

Número de Teléfono: _____

----- Autorización a divulgar la siguiente información:

___ Referidos ___ Resultados de Pruebas y Laboratorios ___ Órdenes Médicas

___ Notas de Progreso ___ Planes de Cuidado ___ Historial

___ Otros: _____

Persona o Entidad que se le entregará la información solicitada: _____

El propósito de la información solicitada: _____

- Entiendo que la información contenida en mi expediente de salud puede incluir información relacionada a enfermedades de transmisión sexual como SIDA y VIH. Además, pueden incluir notas de Salud Mental.
- Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.
- Entiendo que la revocación no aplica si la información ha sido previamente divulgada en respuesta a otras autorizaciones.
- Entiendo que al firmar esta solicitud / autorización, estoy autorizando y permitiendo el uso y/o divulgación de mi información de salud contenida en mi expediente de manejo de caso no clínico para el propósito antes descrito.
- Entiendo que esta solicitud / autorización de información de salud es voluntaria.

Una vez divulgada la información a las personas o entidades autorizadas en este documento, relevo a cualquier responsabilidad que pudiese surgir de la divulgación de esta información y renuncio a los derechos de la confidencialidad de la información divulgada.

Si el participante o su representante legal no es el solicitante, la persona que hace la solicitud deberá entregar una autorización escrita y firmada por el participante o su representante legal y una identificación con foto al momento de solicitar la información.

Firma del Solicitante

Fecha

Certifico que recibí los documentos solicitados.

Firma: _____

Relación con participante: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Entregado por: _____

ANEJO H

RELEVO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA EL USO DE DATOS PERSONALES PARA SERVICIOS QUE REQUIERAN TRÁMITES ELECTRÓNICOS

Yo _____ (nombre del participante)_____, identificado mediante _____(ID y número)_____, **autorizo** al personal de la agencia coordinadora _____ a utilizar mis datos personales para tramitar el servicio de _____, el cual será gestionado mediante medios electrónicos o páginas electrónicas. Comprendo que el personal de la agencia coordinadora, compartirá solo la información requerida para realizar la solicitud o gestión solicitada y que implementarán las medidas a su alcance para salvaguardar mis datos personales. No obstante, reconozco que mi información se registrará en la tabla de documentar accesos contenida en este documento y que será compartida con un ente externo a esta agencia. Entiendo que, en el intercambio de información por medios electrónicos, pueden ocurrir brechas de información que están fuera del control de esta agencia y que pueden poner en riesgo de divulgación mi información personal. Por tanto, **relevo** de toda responsabilidad a la agencia coordinadora y al Departamento de Salud por brechas o divulgaciones no autorizadas de mi información personal que pudiesen surgir como resultado de la asistencia y ayuda que se me brinda mientras se maneja mi información personal por medios electrónicos con un ente externo (terceros).

Para que así conste, firmo este relevo de responsabilidad y autorizo informadamente el uso de mis datos personales.

Agencia	Número de Cuenta	Correo Electrónico	Usuario	Contraseña

Firma del participante o su representante legal

Fecha(día/mes/año)

Representante de la Agencia Coordinadora

ANEJO I
NOMBRE DE LA AGENCIA COORDINADORA _____
REGIÓN DE SALUD DE _____
Tel. (787) _____

Consentimiento para Recogido de Medicamentos en Farmacia

Yo _____, con número de expediente _____,
autorizo a _____ de _____ (*nombre de organización*) _____ a recoger mis
medicamentos en _____ (nombre de farmacia) _____. Ello con el fin de que los mismos
me puedan ser llevados a _____ (lugar de entrega) _____.

Firma: _____

Fecha: _____

Leyenda

Fecha de la Divulgación	Fecha en que divulgamos el PHI
Nombre del/la Solicitante	Nombre de la persona o entidad que solicitó que se le divulgara el PHI
Tipo y número de ID del/la Solicitante	Tipo y número de identificación de la persona o entidad que solicitó que se le divulgara el PHI
Propósito de la Divulgación	Breve descripción de la divulgación para informar al(la) participante del objetivo de la misma
PHI Divulgado	Una breve descripción de la información divulgada
Nombre de la Persona que Divulga el PHI	Nombre del empleado que lleva a cabo la divulgación

Divulgaciones Que NO Tienen Que Contabilizarse

1. Tratamiento, pago u operaciones
2. Al paciente mismo
3. Autorizadas por el paciente
4. Las incidentales
5. Las que se hacen como parte de un conjunto de información de salud parcialmente de identificada.
6. Las hechas para, o como parte, del directorio institucional
7. Las hechas a las personas a cargo del cuidado del paciente (familia)
8. Las hechas para propósito de seguridad nacional
9. Las hechas relacionadas con la protección del Presidente o para efectos de una aprobación de Seguridad
10. Hechas a instituciones correccionales si el paciente está bajo custodia
11. Las que NO requieren su autorización (refiérase al “Aviso Sobre Prácticas de Privacidad”)

Divulgaciones Que Tienen Que Contabilizarse

1. Hechas para propósitos de salud pública. (Ej. Registros de enfermedades transmisibles)
2. Informe de nacimientos o muertes
3. A oficiales del orden público en caso de emergencias cuando se sospecha la comisión de un delito
4. A oficiales del orden público en relación a delitos cometidos en las premisas de la entidad
5. Para donaciones de órganos, corneas o tejidos
6. Para procedimientos judiciales y administrativos
7. Para investigaciones que tienen un relevo del IRB o Junta de Privacidad (PB)
8. A las autoridades militares
9. Para propósitos de compensación por accidentes de automóviles
10. De entidades cubiertas a instituciones correccionales
11. De los fallecidos a los patólogos forenses y directores de pompas fúnebres
12. Para actividades de salud pública
13. Acerca de víctimas de abuso
14. Al FDA - eventos adversos
15. Al FDA - deficiencias en productos, etc.
16. Al FDA - para seguimiento luego del mercadeo del producto
17. A una persona que se haya expuesto a una enfermedad infecto contagiosa
18. A agencias reguladoras para:
 - a. Auditorias
 - b. investigaciones civiles y criminales
 - c. inspecciones
 - d. licencias, o
 - e. acciones disciplinarias
19. En respuesta a una orden judicial
20. En respuesta a un subpoena o requerimiento de descubrimiento de prueba
21. Según requiera la ley en caso de informes sobre heridos en accidentes o actos delictivos
22. Divulgaciones ilegales o no autorizadas de las que se tenga conocimiento
23. En relación al abuso y abandono de menores- *(Nota: De acuerdo a la ley de Puerto Rico la información sobre abuso o abandono de menores debe mantenerse confidencial en determinadas situaciones. En dichos casos la información no puede incluirse en la forma de divulgación cuando lo requiere la agencia responsable.)*

ANEJO L

Nombre del Consorcio o Agencia Coordinadora
 Dirección Física y/o Postal
 Número/s de Teléfono
Programa Ryan White Parte B/ADAP

PLAN DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

Nombre de participante: _____

Número de identificación o expediente: _____

Fecha de **determinación o confirmación de elegibilidad** (d/m/año): _____

Instrucciones: El/la participante deberá colaborar en la redacción de su Plan de Cuidado, comprometiéndose a realizar las actividades necesarias para, junto al equipo de la agencia coordinadora, poder alcanzar los objetivos establecidos en el plan. El/la participante deberá, además, comprometerse a informar al personal de MCNC sobre cualquier circunstancia que afecte el poder cumplir con su plan de cuidado y sobre cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad para recibir los servicios de RWPB. De la agencia no haber provisto algún servicio, se deberá especificar en las notas de progreso las razones para no prestar el servicio. **En el caso de participantes con cubierta Advantage o Platino, deberá identificar el tipo de cubierta (Advantage o Platino) y si hubo cambios o no en cubierta (C=Cambio y NC=No Cambio). Del participante no tener estas cubiertas marque N/A.**

FECHA DE REVISIÓN (d/m/año)	PLANES ADVANTAGE O PLATINO*	NECESIDADES IDENTIFICADAS	SERVICIOS (Especifique servicio, cantidad y tiempo durante el cual se proveerá el servicio)	RESULTADO (P=Provisto, EP= En proceso y NP=No Provisto)	COMENTARIOS	INICIALES DE MCNC
	Tipo de Cubierta: <input type="checkbox"/> Advantage <input type="checkbox"/> Platino <input type="checkbox"/> N/A					
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC			<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> NP		
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC			<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> NP		
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC			<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> NP		
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC			<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> NP		
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC			<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> NP		
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC			<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> NP		
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC			<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> NP		
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC			<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> NP		

*Nota: De haber cambio, solicite la evidencia de la nueva cubierta médica.

ANEJO N

Programa Ryan White Parte B/ADAP

Nombre de la Agencia coordinadora

Número de Teléfono de la Agencia coordinadora

HOJA DE REFERIDO

Nombre del Participante: _____

Número de Referido: _____

Núm. de Record o ID.: _____

Fecha del Referido: _____

Plan(es) Médico(s): _____

(mes/día/año)

Proveedor de Servicios: _____

Razón del Referido: _____

Certificamos que al prestar el servicio aquí referido se realizaron las gestiones requeridas para cumplir con la Política de Pagador de Último Recurso aplicable a los recipientes de fondos Ryan White Parte B.

Firma del(la) Manejador(a) de Casos No Clínico

Firma del(la) Coordinador(a) de Servicios

Certifico que he solicitado los servicios antes mencionados y que soy elegible para recibir los mismos. Que cualquier información falsa constituye fraude, y como consecuencia, he de devolver a la agencia coordinadora el importe de los servicios que me han sido prestados.

Firma del(la) Participante

Fecha (mes/día/año)

**Para ser cumplimentado en la Agencia Proveedora de Servicios
Esto no es una Factura**

Descripción del servicio provisto: _____

Costo del servicio provisto: \$ _____

Certifico que he brindado el servicio antes mencionado:

Firma del proveedor o su representante

Fecha de servicio provisto (mes/día/año)

1. Este documento debe ser entregado en la agencia coordinadora luego de recibir el servicio
2. El Referido será válido por un mes para un sólo servicio
3. La información antes mencionada es estrictamente confidencial
4. De no estar conforme con el servicio recibido, favor comunicarse al Programa Ryan White Parte B/ADAP a través de calidadrwb@gmail.com o al (787)765-2929 ext. 5103

ANEJO 0

Programa Ryan White Parte B/ADAP

SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE SERVICIO

I. INFORMACIÓN DE LA AGENCIA COORDINADORA

Agencia Coordinadora: _____ Fecha (d/m/a): _____

Persona Contacto/Puesto: _____

II. INFORMACIÓN DEL/LA PARTICIPANTE

Núm. Seguro Social: XX-XX- _____ Seguro(s) Médico(s): _____ Núm. Record/PIN: _____

III. RESUMEN DEL CASO

Servicio: _____ Costo: _____ Proveedor: _____

Resumen/Justificación para Recibir el servicio: _____

Gestiones Realizadas para Ofrecer el Servicio:

Al someter este Visto Bueno certifico que he revisado todos los documentos sometidos por el participante respecto a los criterios de elegibilidad y que el mismo cumple con todos según requerido. Hago constar esto con mis iniciales: _____.

PARA USO OFICIAL DEL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP

Aprobado Aprobado Parcial No Aprobado

Observaciones/Comentarios: _____

Persona que Evalúa el Caso: _____ Firma _____ Fecha (d/m/a): _____

Visto Bueno del/La Director(a): _____ Firma _____ Fecha (d/m/a): _____

Nota de confidencialidad: Esta transmisión incluye información privilegiada y confidencial de salud para uso exclusivo de los destinatarios. La misma ha sido transmitida luego de haberse recibido la autorización del/la participante o bajo circunstancias que no requieren su autorización. El divulgar esta información a terceros sin autorización adicional del/la participante o de acuerdo con lo que permite la ley está totalmente prohibido bajo las leyes federales y estatales. Si usted no es uno de los recipientes designados, deberá notificar que usted recibió la comunicación por error. Cualquier revisión, revelación, diseminación o copia de esta comunicación o sus contenidos está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, favor notificar inmediatamente al Departamento de Salud de Puerto Rico, Programa Ryan White Parte B/ADAP al teléfono (787)765-2929 ext. 5103, 5130 o 5131 y destruir todas las copias de esta comunicación y de los documentos adjuntos.

ANEJO P

NOMBRE DE LA AGENCIA COORDINADORA
Dirección Postal
Teléfono

INFORME DE TRANSFERENCIA O CIERRE DE CASO

Nombre del programa: _____

Nombre del/la participante: _____ Núm. Expediente: _____

Fecha de inicio de servicios en la agencia: _____ Fecha del informe: _____
(día/mes/año) (día/mes/año)

RAZÓN DE TRANSFERENCIA O CIERRE:

___ Transferencia a otra agencia ___ Mudanza fuera de PR ___ Fallecido

___ Participante está fuera de servicio/tratamiento por más de seis meses

___ Participante no desea continuar recibiendo servicios

___ Otro (especifique): _____

RESUMEN DE LOS SERVICIOS PROVISTOS:

COMENTARIOS:

Firma del/la Manejador/a de Caso

Fecha (día/mes/año)

Firma del/la Coordinador(a) de Servicios

Fecha (día/mes/año)

ANEJO Q
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Nombre del Consorcio o Agencia Coordinadora
Número/s de Teléfono

PLAN NUTRICIONAL

Nombre del/la participante: _____ Número de identificación: _____
Consorcio o Agencia Coordinadora: _____ Últimos cuatro números del SS: _____

I. Terapia médica nutricional

Fecha de comienzo de la terapia nutricional: _____

Necesidad y/o justificación del servicio: _____

Referido a Consejería Nutricional por recomendación médica: _____ Sí _____ No

Tipo de suplemento nutricional o alimento recomendado: _____

Cantidad o dosis recomendada y frecuencia: _____

Periodo de tiempo que cubre este plan: _____

II. Visitas de seguimiento

Fecha de la próxima cita de seguimiento: _____

Haga una marca de cotejo o una "x" para indicar la frecuencia de las citas de seguimiento para Consejería Nutricional:

_____ Trimestral (cada tres meses) _____ Anual (una vez al año)
_____ Semestral (cada seis meses) _____ Otro; especifique: _____
_____ N/A

Haga una marca de cotejo o una "x" para indicar la frecuencia de las citas de seguimiento para suplementos nutricionales:

_____ Trimestral (cada tres meses) _____ Anual (una vez al año)
_____ Semestral (cada seis meses) _____ Otro; especifique: _____
_____ N/A

III. Revisión del Plan Nutricional

Fecha de revisión del plan nutricional (d/m/a): _____

Fecha de culminación de la terapia médica nutricional (d/m/a): _____

Comentarios u Observaciones: _____

Firma del/la Dietista y número de licencia

Fecha (día/mes/año)

Nota: Para la provisión de servicios de Terapia Médica Nutricional, este plan debe ser cumplimentado por un dietista registrado y licenciado para ejercer esta profesión en Puerto Rico.

ANEJO R

Programa Ryan White Parte B/ADAP

Plan de Cuidado para Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellidos Nombre Inicial

Clínica: _____ Agencia Coordinadora: _____

SERVICIO(S) SOLICITADO(S): En la tabla a continuación especifique el/los subservicio/s solicitado/s para las categorías de: Equipo Médico Durable, Equipo Médico Desechable, Médico, Enfermería, **Asistente de Salud en el Hogar** y Servicios Integrados.

✓	EQUIPO MÉDICO DURABLE	FRECUENCIA/CANTIDAD	ESPECIFICACIONES (tipo, tamaño, etc.)
	Andador		
	Bastón		
	Camas de posición		
	Catéteres urinarios		
	Monitor de presión arterial		
	Glucómetro		
	Mattress		
	Medias de compresión		
	Muletas		
	Nebulizador		
	Silla de baño		
	Silla de ruedas		
	Tanque de oxígeno		
	Oxímetro		
	Otro, especifique:		
EQUIPO MÉDICO DESECHABLE		FRECUENCIA/CANTIDAD	ESPECIFICACIONES
	Condom Foley		
	Esparatrapo		
	Gazas		
	Guantes		
	Lancetas		
	Pañales desechables		
	Tirillas		
	Underpads		
	Wipes		
	Otro, especifique:		
MÉDICO		FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Visita de médico		
ENFERMERÍA		FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Visita de enfermera/o		
ASISTENTE DE SALUD EN EL HOGAR		FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Asistente de Salud en el Hogar		
SERVICIOS INTEGRADOS		FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Servicios integrados de salud en el hogar		

Inicial del profesional clínico que completa la tabla: _____

Nombre: _____ Licencia: _____

Justificación para proveer servicio/equipo _____

Vigencia del servicio (fecha de inicio y fecha de terminación): _____ Fecha de próxima evaluación para establecer necesidad de continuar el servicio: _____

Tipo de Médico que certifica este servicio: Tratante
VIH Primario Otro Favor indicar: _____

Certifico que el diagnóstico de este participante justifica la necesidad del equipo/servicio solicitado.

Firma: _____ Fecha: _____

ENFERMERÍA

Nombre de Enfermero/a: _____ Fecha: _____

Comentarios: _____

¿La orden médica del participante especifica las cantidades correspondientes y la vigencia del servicio (según aplique)? Sí NO

MANEJO DE CASO

Nombre	Manejo de Caso	Firma	Fecha	Comentarios
	MCC			
	MCNC			

Instrucciones para completar el Plan de Cuidado

El propósito de este Plan de Cuidado es proveer un documento uniforme para cumplir cabalmente con lo solicitado por HRSA para brindar los servicios contenidos en la categoría de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad. Según descrito en el PCN 16-02, para ofrecer esta categoría se debe tener un plan escrito por un equipo clínico que esté liderado por un médico. Este equipo clínico como mínimo debe estar constituido por: 1) médico y 2) manejo de caso clínico o enfermería. Ello no implica que el equipo se tenga que limitar a solo dos de los tres posibles representantes si cuenta con los mismos, mas bien, lo que se establece es el mínimo de profesionales clínicos que deben participar del Plan. Es decir, adicional a la sección de manejo de caso no clínico, las secciones del médico y de otro componente del equipo clínico sea este el personal de enfermería o de manejo de caso clínico deben estar completas para que la agencia coordinadora pueda coordinar el servicio. Si algún miembro del equipo no puede completar su parte se deberá especificar la razón. Se espera que el personal de manejo de caso clínico además de su respectiva observación, pueda incorporar los esfuerzos coordinados con otros profesionales de la salud para los que explícitamente no hay una sección en este documento. Un ejemplo de esto último serán las coordinaciones con los servicios primarios de psicología de la salud.

Este Plan debe también contemplar los escenarios en que el participante solicita un servicio de esta categoría sin que necesariamente dicho participante esté en tratamiento. En estos casos en que la persona llega a la agencia sin ser referida por un centro clínico para su tratamiento de VIH, el personal de manejo de caso no clínico deberá contactar al personal de manejo de caso clínico del último centro clínico que la persona informó haber asistido. Es decir, aunque la persona no esté en tratamiento de VIH, el Programa fomenta una comunicación directa entre manejo de caso no clínico y clínico para que el equipo clínico de dicho centro esté al tanto de los servicios solicitados por la persona en la agencia coordinadora. Esta gestión de comunicación deberá documentarse en el expediente del participante. Asimismo, será responsabilidad de la agencia coordinadora orientar al equipo médico de centros clínicos externos que no sean CPTET sobre este documento, para que se cumpla con este requisito. Los servicios de esta categoría NO se pueden ofrecer si el Plan de Cuidado no está debidamente completado. A continuación se describe brevemente cada sección del documento. Las secciones correspondientes deberán completarse en **letra legible o en molde**.

Sección	Descripción
Información del Participante	En esta sección se debe completar el nombre del participante y la fecha en que se comienza a completar el Plan. Además, en la tabla se debe especificar el subservicio de la categoría que se amerita, el equipo específico solicitado, la frecuencia, el tipo, la cantidad, etc., según aplique a cada subservicio. Esta parte puede ser completada por cualquiera de los profesionales clínicos de las próximas secciones. El profesional que completa esta parte deberá firmar en el espacio provisto.
Certificación Médica	Esta sección debe ser completada por el médico. En la misma deberá escribir su nombre completo y su número de licencia. Deberá proveer las razones o justificación detallada, por la cual, la persona amerita el servicio. Asimismo, se requiere que estipule claramente la vigencia en la que el servicio será provisto y la fecha de la próxima evaluación en la que se determinará la necesidad de continuar con el servicio. Por último, el médico debe marcar la opción que le corresponda de su tipo de especialidad.
Firma de médico como líder de equipo clínico	En esta sección se espera que el médico firme la certificación y escriba la fecha. El Plan de Cuidado NO será válido si faltara esta firma.
Enfermería*	Esta sección le corresponde completarla al personal de enfermería. Deberá escribir su nombre completo y la fecha en la que completa su sección. Las observaciones deben documentar la necesidad del servicio requerido por el participante según su peritaje clínico.
Manejo de caso clínico*	El personal de manejo de caso clínico debe completar esta sección. Deberá escribir su nombre completo, firma y la fecha en la que completa su sección. Además, podrá hacer comentarios adicionales, de considerarlo necesario.
Manejo de caso no clínico*	El personal de manejo de caso clínico debe completar esta sección. Deberá escribir su nombre completo, firma y la fecha en la que completa su sección. Además, podrá hacer comentarios adicionales, de considerarlo necesario.

*Si alguien de este personal no estará disponible al momento de la firma del documento, se podrá hacer una nota en comentarios en la sección correspondiente indicando las razones de por qué el personal no está disponible.

ANEJO S

Programa Ryan White Parte B/ADAP ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD PARA SERVICIOS INTEGRADOS DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR CON BASE EN LA COMUNIDAD

A los fines de realizar un análisis de costo-efectividad para la prestación de los Servicios Integrados de la categoría de servicios de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad (CSHBC), se deberá cumplimentar la tabla a continuación, considerando los servicios referidos en el Plan de Cuidado para estos servicios. En esta tabla, se detallará el costo de los servicios dentro de la categoría de CSHBC a ser provistos al participante, tanto de manera integrada como por separado, y deberá estar acompañada de la lista de precios oficial del proveedor. Para calcular los costos totales, se deberá considerar el periodo de tiempo por el cual se establece el Plan de Cuidado para estos servicios, sumando los costos mensuales y multiplicándolo por la cantidad de meses aprobados en el plan. Finalmente, considerando la diferencia en los costos totales, se determinará si la prestación de los servicios integrados es costo efectiva en comparación con la prestación de los servicios de manera individual.

Agencia Coordinadora/Región: _____ Número de Expediente o ID: _____

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR CON BASE EN LA COMUNIDAD		
I. SERVICIOS INTEGRADOS		
SERVICIO	PROVEEDOR DISPONIBLE	COSTO MENSUAL
▪ Integrado		
COSTO TOTAL (especificar meses referidos: __)		
II. SERVICIOS POR SUBCATEGORÍA		
SERVICIO	PROVEEDOR DISPONIBLE	COSTO MENSUAL
▪ Médico		
▪ Enfermera/o		
▪ Equipo(s) Médico(s) Durable(s), especifique: ○ ○ ○		
▪ Equipo(s) Médico(s) Desechable(s), especifique: ○ ○ ○		
▪ Asistente de Salud en el Hogar		
COSTO TOTAL (especificar meses referidos: __)		
DIFERENCIA EN COSTOS TOTALES		

Firma del/la Coordinador/a de Servicios: _____ Fecha: _____

.....

ANEJO T

Programa Ryan White Parte B/ADAP
Nombre del Consorcio o Agencia Coordinadora

**Certificación de Gestiones Realizadas para Prestar Asistencia Económica de Emergencia
en Cumplimiento con la Política de Pagador de Último Recurso**

Nombre del/la participante: _____

Número de identificación: _____

Marque con una X todas las que apliquen y complete la columna de la cantidad solicitada.

Marque X	Subservicios solicitados	Topes Aplicables	Cantidad solicitada
	Pago de luz (AEE)		\$
	Pago de agua (AAA)		
	Pago de gas		
	Pago de renta		
	Pago de medicamentos		
	Vale de alimentos	\$150.00	
	Vale de emergencia	\$100.00	
CANTIDAD TOTAL SOLICITADA PARA PAGO			

Justificación de la necesidad de asistencia económica de emergencia:

Gestiones realizadas para prestar el servicio por otros programas o fondos disponibles:

Agencia, Programa u Organización	Persona Contactada	Gestiones Realizadas

Haga una marca de cotejo o una "x" si durante el presente año programa, el/la participante:

_____ no ha recibido servicios de asistencia económica de emergencia

_____ ha recibido servicios de asistencia económica de emergencia

por la cantidad total de \$ _____. (Recuerde que no deberá excederse del tope máximo de \$600.00 para asistencia económica de emergencia)

Haga una marca de cotejo o una "x" para indicar la decisión sobre la prestación del servicio:

_____ se otorgará la asistencia económica de emergencia

_____ se someterá al Programa Ryan White Parte B/ADAP para aprobación de servicio (*visto bueno*)

_____ no se otorgará la asistencia económica de emergencia. Favor especificar la razón:

_____ ayuda disponible por otros fondos

_____ participante no es elegible para recibir el servicio (ej. por ingreso económico)

_____ otro (especifique): _____

Manejador/a de Casos

Fecha (día/mes/año)

ANEJO U

Programa Ryan White Parte B/ADAP

AGENCIA COORDINADORA

ASISTENCIA ECONÓMICA DE EMERGENCIA PARA VALE DE ALIMENTOS*

#VALE: _____

REF: _____

FECHA: _____

ID: _____

Se autoriza a _____ (participante) a realizar una compra, en el comercio _____ ubicado en _____ (municipio), por la cantidad de _____ (en letras) _____ /150 dólares en alimentos de primera necesidad. No se permite cambiar este vale por efectivo. Todos los productos deberán ser comestibles. **Queda prohibido la compra de dulces, alimentos altamente azucarados, suplementos nutricionales, refrescos, bebidas alcohólicas, cigarrillos y comida para mascotas, entre otros.** (Hacer referencia a la tabla de productos permitidos, limitados y no permitidos incluida al dorso.)

Firma del/la Manejador/a

Fecha

Certifico que he sido orientado sobre los alimentos permitidos a adquirir mediante el servicio de Vale de Alimentos y me comprometo a seguir la guía contenida en este documento.

Firma del/la Participante

Fecha

NOTA: El/la participante deberá presentar identificación con foto al momento de la compra.

***Este vale es auspiciado por el Programa Ryan White Parte B/ADAP**

VALE DE ALIMENTOS

ALIMENTOS PERMITIDOS	ALIMENTOS NO PERMITIDOS	ALIMENTOS LIMITADOS	CANTIDAD PERMITIDA
CARNE ROJA	SUPLEMENTOS NUTRICIONALES	SALCHICHAS	MÁXIMO: 4 LATAS
POLLO	ALCOHOL/LICOR/CERVEZA	JAMONILLA	MÁXIMO: 1 LATA
PESCADO/ATÚN	REFRESCO/MALTAS	CAFÉ	MÁXIMO: 1 LIBRA
CARNES Y PESCADOS ENLATADOS: POLLO/PAVO/CERDO/SARDINAS/ SALMÓN/ATÚN	TABACO/CIGARRILLOS	CHOCOLATE EN POLVO	MÁXIMO: 7 OZ
FRUTAS (INLCUYE DESHIDRATADAS Y ENLATADAS)	COMIDA PARA MASCOTAS	AZÚCAR	MÁXIMO: UN PAQUETE
VEGETALES (INCLUYE ENLATADOS)	ARTÍCULOS DE LIMPIEZA EN EL HOGAR Y ARTÍCULOS DE HIGIENE PERSONAL	SOPAS ENLATADAS O PAQUETE	MÁXIMO: 2 LATAS O 2 PAQUETES
ARROZ/GRANOS (ENLATADOS O SECOS)	BOLSAS REUSABLES	HOT DOGS (TODO CARNE/ALL BEEF)	MÁXIMO: 2 PAQUETES
LÁCTEOS/QUESO/YOGURT BAJO EN GRASA	GALLETAS SALADAS/GALLETAS AZUCARADAS/CUCAS	HAMBURGERS (TODO CARNE/ALL BEEF)	MÁXIMO: 1 PAQUETE
CEREALES NO AZUCARADOS	DULCES/GOLOSINAS/FLANES	CORN BEEF	MÁXIMO: 1 LATA
PAN (INCLUYE ESPECIAL, BLANCO, INTEGRAL, CRIOLLO, DE MAÍZ Y PASAS)	REPELENTES/INSECTICIDAS	KETCHUP	MÁXIMO: 1 POTE
HUEVO	BACALAITOS/SORULLOS/ EMPANADILLAS DE PIZZA/PASTELILLOS DE POLLO, ETC.	SYRUP PANCAKES	MÁXIMO: 1 POTE
PASTA (INCLUYE ENLATADAS)/ SALSAS PARA PASTAS	POPCORN	MAYO KETCHUP	MÁXIMO: 1 POTE
VIANDAS	PIZZA CONGELADA	SALSA PICANTE	MÁXIMO: 1 POTE
NUECES	JUGOS AZUCARADOS		
GALLETAS SODA/INTEGRAL	LONGANIZA DE CERDO Y POLLO		
AGUA	CEREALES AZUCARADOS		
JUGOS 100% NATURAL	HONEY BUNS/POUND CAKE/CIENTO EN BOCA/MALLORCAS		
CONDIMENTO/SOFRITO ACEITES/ESPECIAS	TOCINETA/MORTADELLA/ SALCHICHÓN/ SALAMI/SAUSAGE		
LECHE (INCLUYE FRESCA, UHT, NUECES (ALMENDRA, CASHEW), SOYA Y EN POLVO)	CHEESECAKE		
SEMILLAS DE CALABAZA SIN SAL Y CÁSCARA	POTATO STICKS/CHEEZ WHIZ		

Programa Ryan White Parte B/ADAP

AGENCIA COORDINADORA

**ASISTENCIA ECONÓMICA DE EMERGENCIA
VALE PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA***

#VALE: _____
REF: _____

FECHA: _____
ID: _____

Solo en situaciones de emergencia (ejemplo: desastre natural como fuego, terremoto, inundación y huracán, o evento que impacte la salud pública como la pandemia por COVID-19) se podrá ofrecer este vale para artículos de primera necesidad exclusivamente.

Se autoriza a _____ (participante) _____ a realizar una compra, en el comercio _____ ubicado en _____ (municipio) _____, por la cantidad de _____ (en letras) _____ /**100 dólares** en artículos de primera necesidad. **No se permite cambiar este vale por efectivo.** (Hacer referencia a los artículos permitidos en tabla incluida al dorso.)

Firma del/la Manejador(a)

Fecha

Certifico que he sido orientado sobre los artículos permitidos a adquirir mediante el servicio de Vale para Situaciones de Emergencia y me comprometo a seguir la guía contenida en este documento.

Firma del/la Participante

Fecha

NOTAS: El/la participante deberá presentar identificación con foto al momento de la compra. En situación de emergencia se podrán entregar ambos vales (Alimentos y Emergencia) a participantes elegibles.

***Este vale es auspiciado por el Programa Ryan White Parte B/ADAP**

VALE PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA

PRODUCTOS PERMITIDOS		
HIGIENE PERSONAL	LIMPIEZA DEL HOGAR	MISCELÁNEOS
JABÓN DE BAÑARSE	LIMPIADORES CON BLANQUEADOR	BATERÍAS
SHAMPOO Y ACONDICIONADOR	JABÓN DE FREGAR	LINTERNAS
DESODORANTE	TOALLAS Y SPRAY DESINFECTANTE	VELAS
CEPILLO Y PASTA DE DIENTES	REPELENTES	SOGAS
TOALLAS SANITARIAS/TAMPONES	INSECTICIDAS	DETERGENTE DE ROPA
PAPEL DE BAÑO		ALCOHOL
DESINFECTANTE DE MANOS (<i>HAND SANITIZER</i>)		MASCARILLAS

ANEJO V

Programa Ryan White Parte B/ADAP

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS Y VIVIENDA¹

El Plan de Servicios y Vivienda debe ser desarrollado con los/as solicitantes/participantes como requisito para ofrecer el servicio de Vivienda Temporera con fondos del Programa Ryan White Parte B. Asegúrese de que este plan se dirige a todos los asuntos específicos que surgen del proceso de evaluación de necesidades y la discusión acerca de los recursos convencionales disponibles. El plan, el cual debe ser actualizado mensualmente, debe incluir las metas, las estrategias/pasos para lograr cada meta, las fechas propuestas de terminación y las fechas de las metas alcanzadas. Recuerde que el Programa Ryan White Parte B es un **pagador de último recurso** por lo que debe asegurarse de haber identificado y explorado otras alternativas, previo a utilizar los fondos del Programa.

Nombre del/la Solicitante/Participante: _____

Número de Núcleo Familiar: _____

Manejador/a de Caso No Clínico: _____ Número de Expediente. _____ Fecha: ____/____/____
(día/mes/año)

PARTE 1: SALUD Y BIENESTAR

Meta	Estrategias/Pasos	Fecha Propuesta	Fecha Alcanzada	Notas
1. Tratamiento VIH/SIDA				

¹ Este Plan ha sido adaptado del Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Condiciones Relacionadas (Programa HOPWA) del Departamento de Vivienda del Municipio de San Juan.

2. Salud Mental				
3. Buena Alimentación				
4. Buena Salud Física				

Fortalezas del/la participante: _____

Obstáculos del/la participante: _____

Resumen del progreso: _____

Parte 2: EMPLEO Y ESTABILIDAD FINANCIERA

Meta	Estrategias/Pasos	Fecha Propuesta	Fecha Alcanzada	Notas
1. Obtener Empleo				
2. Mantener el Empleo por un Mínimo de 6 meses				
3. Reparar el Historial de Crédito (si aplica)				
4. Estabilidad Financiera				

Fortalezas del/la participante: _____

Obstáculos del/la participante: _____

Resumen del progreso: _____

Parte 3: ESTABILIDAD DE VIVIENDA

Meta	Estrategias/Pasos	Fecha Propuesta	Fecha Alcanzada	Notas					
1. Vivienda de Emergencia o Transitoria	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
2. Vivienda Permanente	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
3. Capacidad Pagar Utilidades	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
4. Habilidades Domésticas	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								

Fortalezas del/la participante: _____

Obstáculos del/la participante: _____

Resumen del Progreso: _____

Favor describir los esfuerzos adicionales que se están realizando para atender las necesidades del/la participante y relocalizarlo/a a una vivienda permanente:

Mi firma en este documento certifica mi aprobación y mi compromiso con el contenido y la ejecución de este Plan Individualizado de Vivienda. Reconozco que, con mi consentimiento, el/la Manejador/a de Caso No Clínico revisará el contenido del Plan periódicamente.

Firma del/la Participante: _____

Fecha (d/m/a): _____

Firma del/la Manejador/a de Casos: _____

Fecha (d/m/a): _____