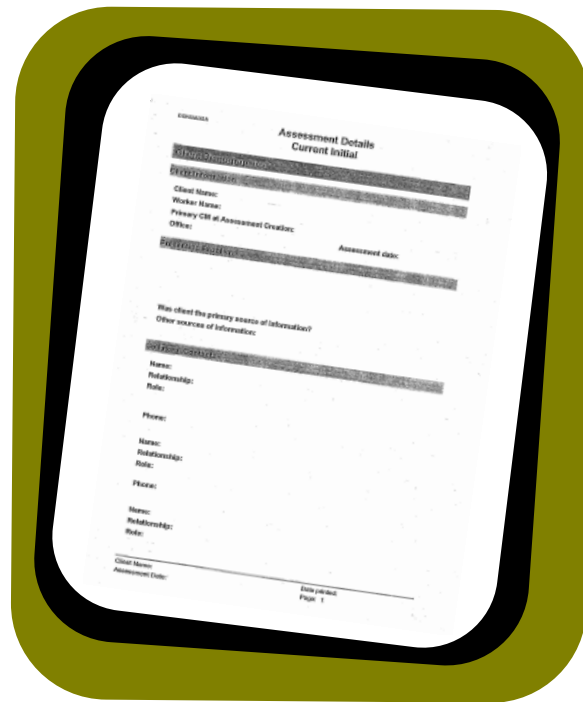


# Comprenda la Evaluación de su Elegibilidad para Asistencia Personal (CARE)



Agosto 2018



Northwest Justice Project

## Tabla de Contenidos

1. Información General .....	1
2. Calificando para Horas de Asistencia Personal.....	1
3. Problemas Cognitivos .....	2
4. Condiciones Médicas Complejas .....	4
5. Los Estados de Ánimo y la Conducta.....	5
6. Actividades de la Vida Diaria (AVD) .....	6
7. ¿Qué son las Actividades de la Vida Diaria (AVD)? .....	6
8. ¿Cuánta Ayuda Necesita?.....	8
9. Ejemplos de Niveles de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) .....	8
10. Ajustes a las Horas .....	10
11. Errores en la Evaluación .....	11
12. Excepciones a la Regla (ETR) .....	12
13. En Desacuerdo con su Evaluación.....	14
14. Cambios en su Condición .....	15
15. Dónde Conseguir Ayuda .....	15

## 1. Información General

Aquí explicamos la evaluación que DSHS usa para ver si usted puede recibir ayuda con su cuidado personal. Preguntas y Respuestas sobre COPES, disponible en [washingtonlawhelp.org](http://washingtonlawhelp.org), tiene información acerca de

- requisitos económicos
- cuánto pagaría usted por asistencia personal

**Durante su evaluación**, un administrador de casos le pregunta acerca de la ayuda que usted recibió. DSHS o su Agencia local para la Vejez usa esta información para decidir qué servicios puede recibir, tales como horas de asistencia personal y servicios de enfermería.

**Después de su evaluación**, DSHS le envía una carta a usted explicando los servicios que ellos creen que usted necesita. La carta debe contener información detallada acerca de cuánta ayuda necesita con cada tarea, y si usted recibe alguna ayuda gratuita.

**Use este folleto para prepararse para su evaluación.** Es importante comprender

- lo que el evaluador quiere decir
- cómo las respuestas suyas afectarán cuánto o qué asistencia puede recibir

Después de su evaluación, este folleto puede ayudarle a

- comprender el documento que DSHS le envíe
- decidir si DSHS cometió algún error

Mucha de la información recopilada por DSHS para la evaluación no afecta sus servicios. **Aquí explicamos sólo la información que afecta las horas de su asistencia personal.** Ejemplo: No hablamos de una evaluación adicional hecha por la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) llamada "Escala de Intensidad de Apoyo" (SIS).

DSHS debe cumplir con las reglas en el [Código Administrativo de Washington \(WAC\)](#). Puede leer el WAC en cualquier biblioteca pública, o en la Internet en <http://apps.leg.wa.gov/wac/>. La mayoría de las reglas sobre las horas de asistencia personal están en [WAC 388-106](#).

## 2. Calificando para Horas de Asistencia Personal

*Si su carta de DSHS dice que usted puede recibir aunque sean apenas unas pocas horas de asistencia personal, pase a la Sección 3 de este folleto.* Si la carta dice que no puede recibir **ninguna** hora de asistencia personal, lea esta sección.

Para poder recibir servicios de asistencia personal de DSHS, usted debe cumplir dos requisitos básicos: económicos y funcionales.

- **Requisitos económicos** significa que sus ingresos y recursos (bienes) deben estar por debajo de determinados niveles. [Preguntas y Respuestas sobre COPES](#), disponible en [www.washingtonlawhelp.org](http://www.washingtonlawhelp.org), tiene más información.
- **Requisitos funcionales** significa que usted debe necesitar ciertos tipos de ayuda con tareas diarias tales como comer, usar el inodoro, bañarse, vestirse, moverse, o tomar medicamentos. DSHS tiene varios programas para proporcionar servicios de asistencia personal. Los requisitos funcionales son levemente diferentes entre programas. Puede encontrar los requisitos funcionales específicos en las siguientes reglas estatales:
  - Asistencia Personal de Medicaid (principalmente para las personas que reciben prestaciones de SSI) - WAC [388-106-0210](#)
  - Community First Choice (CFC) y COPES– WAC 388-106-0277, 388-106-0355; 388-825-0020 (CFC); WAC [388-106-0310](#) y [388-106-0355 \(COPES\)](#)

Si usted no está de acuerdo con la decisión de DSHS, pida una audiencia y lea la Sección 13 de este folleto, En Desacuerdo con la Evaluación. Si necesita más ayuda, lea la Sección 15, Dónde Conseguir Ayuda.

Información Legal: Ver WAC [388-106-0210](#), [388-106-0310](#), y [388-106-0355](#)

### 3. Problemas Cognitivos

La cantidad de ayuda que pueda recibir depende en parte de su estado mental. Esto incluye:

- qué tan bien puede comunicar sus necesidades
- si tiene problemas con la memoria a corto plazo
- cómo toma decisiones cotidianas

Esta sección explica cómo DSHS califica su funcionamiento cognitivo.

**Comunicación de sus necesidades** – Esto se encuentra en la sección del *Habla/Audición* de los Detalles de su Evaluación. Contiene una subsección que se llama "*Haciéndose Entender, Expresando el Contenido de la Información, Como Sea Capaz*". Esto muestra qué tan bien comunica usted sus necesidades, requerimientos o

problemas a las personas tuyas más cercanas en los últimos siete días antes de la evaluación. La comunicación incluye el habla, escribir o tipear, el lenguaje de señas, etc. Lea las definiciones a continuación para asegurarse de que el evaluador indique correctamente su capacidad:

Se le entiende – usted se expresó claramente

Generalmente se le entiende - fue difícil encontrar las palabras adecuadas o finalizar los pensamientos, sus respuestas se retrasaron, o necesitó ser guiado para hacerse entender

A veces se le entiende: usted tuvo una capacidad limitada para expresarse, pero pudo pedir por lo menos las necesidades básicas (ejemplos: comida, bebida, dormir, usar el baño)

Rara Vez/Nunca se le entiende - en el mejor de los casos, el entendimiento se limitó a la interpretación de la cuidadora de sus sonidos o lenguaje corporal (ejemplos: gestos de dolor, o necesidad de ir al baño)

**Memoria** - esto se encuentra varias páginas después, justo después de la sección del *Sueño*. El trabajador social le hizo un examen corto y le hizo preguntas para ver si usted tiene problemas de memoria. Asegúrese de que los Detalles de su Evaluación muestren cualquier problema que tenga con la memoria a corto plazo (reciente).

**Toma de decisiones** - esto se encuentra justo después de la sección *Memoria* en los Detalles de su Evaluación. Lea las definiciones a continuación para asegurarse de que el evaluador anotó la calificación correcta:

Independiente: usted tomó decisiones consistentes, organizadas sobre su rutina diaria que reflejan su estilo de vida, preferencias, cultura y valores.

Dificultad en situaciones nuevas: Usted tenía organizada una rutina diaria y podía tomar decisiones en situaciones conocidas. Le costó tomar decisiones en situaciones nuevas o para tareas nuevas.

Malas decisiones/No toma conciencia de las consecuencias: Usted tomó malas decisiones o necesitó recordatorios, dirección o supervisión para planificar, organizar y corregir sus rutinas diarias. Intentó tomar decisiones, aunque mal.

Ninguna o Pocas Decisiones: Usted nunca o rara vez tomó alguna decisión.

Información Legal: Ver WAC [388-106-0010](#) y [-0090](#)

## 4. Condiciones Médicas Complejas

Esta información está en la sección D del documento, "Resultados de CARE".\* Asegúrese que estén marcadas las casillas que corresponden a sus condiciones. Si usted tiene condiciones o diagnósticos de la lista, podría recibir más horas de asistencia personal. No todos los que tengan los diagnósticos o las condiciones que aparecen en la lista de abajo recibirán más horas. Si no está seguro si tiene algo en la lista, pregunte a su médico.

ELA (enfermedad de Lou Gehrig)	Edema
Afasia (no entiende ni expresa información)	Dolor diario (sólo mayores de 18)
Parálisis Cerebral	Programa intestinal*
Diabetes	Diálisis*
Enfisema o vértigo/mareo	Nutrición intravenosa (IV)*
EPOC	Tubo de alimentación*
Enfermo Terminal	Cuidado paliativo de hospicio*
Hemiplejía	Inyecciones*
Esclerosis Múltiple	Medicamentos intravenosos (IV)*
Parkinson	Gestión de líneas intravenosas*
Fractura patológica ósea	Cuidado de ostomía*
Lesión, Quemadura, o Cuidado de la Piel*	Terapia de oxígeno*
Programa para Dar Vuelta o para Reposicionar**	Radiación*
Cuadriplejía	Rango de movimiento pasivo*
Artritis reumatoide	Entrenamiento para caminar*
Incontinencia frecuente**	Tratamiento de succión*
Problemas para tragar**	Cuidado de traqueotomía*
	Ventilador o respirador*
	Menor de 18 con dolor diario

\*Estas pueden estar enumeradas en la sección de Tratamientos de CARE \*\*

\*\*Estas pueden estar enumeradas en las secciones llamadas *Movilidad en la Cama, Uso del Baño, o Alimentación.*

Información Legal: Ver [WAC 388-106-0095](http://www.wac.wa.gov/WAC388-106-0095)

## 5. Los Estados de Ánimo y la Conducta

DSHS examina problemas del ánimo y la conducta que pueden afectar cuánto tiempo toma ayudarle a usted. Para cada problema, DSHS considera:

- qué tan actual es
- con qué frecuencia ocurre
- qué tan fácil es cambiarlo

Esta información está en tres columnas. Una marca en la tercera columna significa que DSHS piensa que usted podría necesitar más ayuda debido a lo que se marcó. Asegúrese que cada una de las condiciones que correspondan a su situación tengan una marca en la tercera columna.

Lo siguiente es lo que significan los requisitos de la segunda columna:

- ✓ Una conducta "**Actual**" ha ocurrido dentro de siete días de la evaluación. Todas las demás son de "**Antes**".
- ✓ "**Con intervención**" significa conductas anteriores que ya no ocurren sólo porque usted recibe ayuda. **Ejemplo:** "cocina de manera insegura" ya no ocurre porque la cuidadora le aleja de la estufa cuando usted intenta cocinar.
- ✓ **Frecuencia:** Con qué frecuencia ocurre una conducta actual. Puede ser de una a tres veces por semana, de cuatro a seis veces a la semana, o diariamente.
- ✓ **Alterabilidad:** Qué tan fácilmente puede la cuidadora redirigir, tratar, o cambiar la conducta. **Ejemplo:** Su autismo resulta en movimientos repetitivos. Esto no es fácil de modificar porque es un síntoma de su autismo.

El hecho que sus conductas resulten en más horas de asistencia depende de muchas cosas. Si las horas que DSHS decide asignar no son suficientes para tratar con sus conductas y sus otros requerimientos de cuidado, considere pedir más horas en base a una Excepción a la Regla (ETR). Vea la Sección 12, Excepción a la Regla.

Información Legal: Ver [WAC 388-106-0100](#)

## 6. Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Esta parte de los Detalles de la Evaluación muestra cuánta ayuda usted recibió con las actividades que realiza en su vida cotidiana en los siete días antes de la evaluación. DSHS las llama "Actividades de la Vida Diaria" o AVD. Las definiciones en esta sección son muy importantes. Podría ser que usted piense en una actividad de manera diferente a como DSHS la define. **Ejemplo:** "alimentación" no incluye nada que tenga que ver preparar la comida. Ellos llaman hacer la comida "preparación de comidas". Puede ser que DSHS también use palabras para niveles de ayuda de manera diferente al uso que normalmente les da usted.

Las AVD se encuentran justo después de la sección sobre *Toma de Decisiones* en los Detalles de la Evaluación. Lea esta sección para ver si está de acuerdo con la información y la calificación dada a cada AVD.

Tenga presente las siguientes cosas:

- El evaluador solamente apunta la ayuda que usted recibió en los ***siete días antes de la evaluación***. Si esos días no fueron una buena medida de cuánta ayuda normalmente necesita, o si ahora necesita más ayuda, pida una reevaluación.
- Las AVD con las que necesita ayuda ***al menos tres veces a la semana*** reciben una calificación mayor.
- Las AVD para las que necesita ***ayuda de manera activa o para sostener peso*** reciben una calificación mayor. Lo mismo con las AVD donde su cuidadora ***siempre tiene que hacer parte*** de la tarea. (**Ejemplo:** usted puede ayudar a vestirse excepto para ponerse su camisa o zapatos.)

## 7. ¿Qué son las Actividades de la Vida Diaria (AVD)?

Las AVD que afectan la cantidad de horas de asistencia personal que usted reciba son:

- *Locomoción* - qué tan bien se desplaza dentro y fuera de su hogar, incluyendo en su silla de ruedas.
- *Movilidad en la cama* - si necesitó o no ayuda para moverse a y desde una posición de acostado, voltear de un lado a otro, y/o posicionar su cuerpo mientras está en la cama o en algún otro mueble.



- *Transferencia* - si necesitó o no ayuda para acostarse o sentarse y levantarse de la cama, un sofá, sillas, una silla de ruedas, etc. La transferencia **no** incluye cómo usted se traslada a/desde la bañera, el inodoro, o un vehículo.
- *Alimentación* - si usted necesitó o no ayuda para pasar la comida de su plato o taza a su boca y para masticar o tragar sin atragantarse. **No** incluye hacer las comidas. Podría incluir asegurarse que usted coma, o que coma los alimentos correctos.
- *Uso del Baño* - si necesitó o no ayuda para usar el baño, incluido sentarse/pararse del inodoro, limpiarse, cambiar las toallas sanitarias, ajustar la ropa, etc.
- *Vestirse* - si necesitó o no ayuda para vestirse o desvestirse, incluyendo el uso de prótesis.
- *Aseo Personal* - si necesitó o no ayuda con tareas como para peinarse el cabello, cepillarse los dientes, afeitarse, recortarse las uñas, aplicarse loción o maquillaje, cuidar la menstruación, lavarse la cara o las manos, etc. Esto no incluye darse duchas o bañarse. Esto **no** incluye darse duchas o bañarse.

Información Legal: Ver [WAC 388-106-0010](#)

## 8. ¿Cuánta Ayuda Necesita?

El evaluador usa las siguientes definiciones para describir el nivel de ayuda que usted necesita con cada AVD:

**Independiente** - No necesitó ayuda o supervisión, o necesitó ayuda *sólo una o dos* veces por semana.

**Supervisión** - Necesitó monitoreo, ayuda a mano, que le dieran ánimo, o indicaciones *al menos tres* veces por semana. No recibió ayuda física más de dos veces.

**Limitado** - Usted estuvo muy involucrado en la actividad, pero recibió *ayuda física* para mover, guiar, o estabilizar su cuerpo al menos tres veces por semana.

**Extenso** - Su cuidadora *le ayudó sosteniendo el peso o realizó completamente una parte* de la AVD, *al menos tres veces* por semana. "Sostener el peso" significa sostener todo o parte de su peso. "Realizó completamente una parte" significa que usted no ayudó con al menos una parte de la AVD, como limpiarse del baño, cepillarse el cabello, o ponerse loción o desodorante para el aseo personal, atarse los zapatos o abrocharse los botones para vestirse.

**Total** - Usted no ayudó en absoluto con cualquier parte de la tarea.

**No pudo/No ocurrió** - Usted no realizó la tarea o no pudo hacerlo. Esto podría ser porque usted no puede, no tuvo a nadie para ayudarle, o porque rehusó ayuda.

---

❖ "Por semana" significa los siete días antes de la evaluación.

---

Información Legal: Ver [WAC 388-106-0010](#): "Auto desempeño para las AVD".

## 9. Ejemplos de Niveles de las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Para ayudarle a comprender la calificación de las AVD, aquí siguen algunos ejemplos. El tipo de ayuda que usted necesite puede no estar incluido.

- **Locomoción (desplazamiento)** - Supervisión: la cuidadora debe advertirle de obstáculos o debe estar cerca y monitorear para asegurarse de que no se caiga. Limitado: la cuidadora le guía físicamente o le estabiliza *al menos tres* veces a la semana. Extenso: *al menos tres* veces a la semana, usted debe apoyar parte de su peso en su cuidadora al desplazarse. Total: la cuidadora debe empujar su silla de ruedas.

- **Movilidad en la cama** - Supervisión: la cuidadora le recuerda diariamente que cambie de posición en la cama, o está a mano mientras usted cambia de posición. Limitado: la cuidadora ayuda a acomodar la ropa de cama o las almohadas entre sus piernas o en la espalda, o guía sus piernas a posiciones más cómodas **al menos tres** veces a la semana. Extenso: la cuidadora sostiene su peso para cambiar su posición **por lo menos tres** veces a la semana. Total: usted no puede ayudar para nada con el cambio de posición. Su cuidadora debe voltear o mover su cuerpo.
- **Transferencia** – Supervisión: la cuidadora está a mano o le recuerda cómo ponerse de pie y sentarse de forma segura en los muebles. Limitado: la cuidadora le estabiliza o toma su brazo para que usted se ponga de pie y se siente en los muebles **al menos tres** veces a la semana. Extenso: usted apoya parte de su peso en su cuidadora o necesita que le levanten **al menos tres** veces a la semana. Total: la cuidadora siempre le levanta para que se ponga de pie y se siente en los muebles.
- **Alimentación** - Supervisión: la cuidadora le recuerda comer, o monitorea que usted no se atragante. Limitada: la cuidadora le trae a usted la comida, ayuda a estabilizar su tenedor o taza, o limpia su cara **al menos tres** veces a la semana. Extenso: la cuidadora sujeta su taza o utensilios en la mayoría, pero no en todas las comidas. Total: usted no puede traspasar la comida desde el plato a la boca en lo absoluto, o la cuidadora opera la sonda de alimentación o la nutrición intravenosa.
- **Uso del Baño** – Supervisión: la cuidadora le recuerda que use el baño o supervisa mientras usted lo hace. Limitado: la cuidadora le estabiliza para que se ponga de pie y se siente en el inodoro, le ayuda a limpiarse, o le ayuda a acomodar su ropa al menos tres veces a la semana. Extenso: la cuidadora debe sostener su peso mientras usted se pone de pie y se sienta en el inodoro, debe limpiarlo, o debe cambiar sus toallas sanitarias **al menos tres** veces a la semana. Total: usted no puede ayudar en absoluto con el cambio de las prendas de incontinencia o el manejo de los catéteres o la ostomía.
- **Vestir** - Supervisión: la cuidadora le recuerda seleccionar y vestir ropa apropiada para el clima **al menos tres** veces a la semana. Limitado: la cuidadora le ayuda a ponerse su camisa por encima de la cabeza, a ponerse los calcetines o zapatos **al menos tres** veces a la semana. Extenso: la cuidadora le pone su sostén o zapatos, o abrocha sus botones, broches o cierres **por lo menos tres** veces a la semana. Total: usted no puede hacer nada para vestirse por su propia cuenta.

- **Aseo Personal - Supervisión:** la cuidadora le recuerda o le supervisa para el aseo personal, tal como peinarse el cabello, recortarse las uñas, afeitarse, o cepillarse los dientes. **Limitado:** la cuidadora ayuda a estabilizar su brazo mientras usted se cepilla los dientes o se peina **al menos tres** veces a la semana. **Extenso:** la cuidadora lava su cara y las manos, peina su cabello o cepilla sus dientes **al menos tres** veces a la semana. **Total:** usted no puede ayudar con ninguna tarea de aseo personal.

## 10. Ajustes a las Horas

Esté preparado para decir con qué frecuencia ésta ayuda satisface sus necesidades para cada tarea usando las siguientes opciones:

- Nunca
- Menos del  $\frac{1}{4}$  del tiempo
- De  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  del tiempo
- De  $\frac{1}{2}$  a  $\frac{3}{4}$  del tiempo
- Más de  $\frac{3}{4}$  del tiempo
- Todo el tiempo

Dé la mayor cantidad de detalles que pueda. DSHS asumirá que cualquier ayuda no remunerada que reciba significa que usted necesita menos ayuda pagada. Si esto no es así, explique por qué. Asegúrese de que el evaluador incluya esa información en las notas de evaluación. **Ejemplo:** podría ser que usted usa toda su asistencia pagada todos los meses, pero igual necesita ayuda para las veces que la cuidadora no está.

Dígale al evaluador si el ayudante no remunerado no puede ayudarle siempre o si sólo está disponible para ayudar más allá de la asistencia pagada que usted recibe.

Lea cuidadosamente los Resultados de CARE (Asistencia). Asegúrese de que la información acerca de la cantidad de asistencia no remunerada que recibe sea correcta.

Podría ser que usted no esté de acuerdo con una reducción si no puede fiarse de la ayuda no remunerada, o si la persona que le ayuda prefiere que le paguen y es una cuidadora calificada.

Usted puede pedir una audiencia si no está de acuerdo con DSHS acerca de

- la cantidad de ayuda no remunerada que usted recibe
- qué tanto satisface sus necesidades con cualquiera de las tareas

**DSHS no puede asumir** que su necesidad de ayuda está parcialmente cubierta sólo porque usted vive con su cuidadora. Si usted necesita preparación de comida especial, compras, o labores domésticas, por ejemplo, DSHS no debería asumir que el/la cuidador/a se beneficia de esas actividades.

**Para los niños:** Si tienes 18 años o menos, DSHS no paga por el cuidado que los padres normalmente dan a un niño de tu edad. Podría ser que tú necesites más ayuda con una tarea que los niños de tu edad suelen necesitar debido a tu discapacidad. DSHS debería establecer horas de asistencia para satisfacer tus necesidades especiales. Ejemplo: DSHS asume que los padres prepararán las comidas para sus hijos. **Ejemplo:** DSHS asume que los padres prepararán las comidas para sus hijos. Si tú tienes una dieta especial o alimentación por sonda, DSHS debería incluir horas para que una cuidadora pagada ayude con la preparación de las comidas. Ver [WAC 388-106-0130\(7\)](#).

Información Legal: Ver WAC [388-106-0130](#)

## **11. Errores en la Evaluación**

Usted tiene que decirle a DSHS tan pronto como sea posible si hay información incorrecta en los documentos que le enviaron, o si falta información importante. **Haga esto por escrito**, de modo que exista documentación de toda su información. **Guarde una copia** con fecha entre sus papeles.

DSHS puede cambiar la evaluación en base a lo que usted les diga. O un administrador de casos podría querer hacer una "reevaluación". Cambiar la información podría resultar o no en un cambio a sus horas de asistencia personal.

Si DSHS se niega a agregar o cambiar información o a reevaluarle después de un cambio importante en la ayuda que necesita, usted puede **pedir una audiencia**. En la audiencia, explique al juez de leyes administrativas por qué piensa que la información de DSHS está incompleta o incorrecta. Lea las secciones 13 y 15 de este folleto: **En Desacuerdo con su Evaluación y Dónde Conseguir Ayuda**.

Si la información que tiene DSHS está correcta, pero usted todavía piensa que las horas de su asistencia personal no son suficientes para satisfacer sus necesidades de ayuda, lea las secciones 12 y 15 de este folleto: **Excepciones a la Regla y Dónde Conseguir Ayuda**.

## 12. Excepciones a la Regla (ETR)

DSHS usa una fórmula para convertir la información de la evaluación en horas de asistencia personal. A veces la fórmula no funciona, incluso cuando DSHS tiene toda la información correcta.

Sus necesidades de asistencia podrían ser excepcionales en comparación con la mayoría de las personas con su condición o en su situación. DSHS puede darle más horas a través de un proceso llamado "Excepción a la Regla" (o, en inglés, ETR).

Usted o su administrador de casos puede pedir una ETR. DSHS debe enviarle un aviso por escrito cuando usted pida una ETR. También deben enviarle un aviso por escrito sobre su decisión de considerar su solicitud o no. Por último, DSHS debería enviarle un aviso por escrito sobre la decisión que tomen después de revisar su solicitud.

A continuación hay algunos ejemplos de cuándo es que podría pedir una Excepción a la Regla:

❖ **Usted tiene múltiples, extremos, o constantes problemas de conducta que hacen que su cuidado sea MUY DIFÍCIL.**

Algunos clientes reciben más horas de asistencia personal para lidiar con problemas de conducta. DSHS **no** agrega tiempo por conducta cuando

- Usted ya recibe más tiempo por ser "clínicamente complejo" (véase la sección 4) o porque tiene graves dificultades cognitivas (véase la sección 3). Las horas agregadas por su complejidad clínica o problemas cognitivos podrían no ser suficientes para también lidiar con su conducta.
- Su conducta es tan extrema y/o frecuente que las horas extras permitidas por conducta no son suficientes para que la cuidadora satisfaga sus necesidades.

❖ **Usted tiene una condición o diagnóstico que no está en la sección 4 de este folleto (Condiciones Médicas Complejas) que tiene el mismo efecto sobre su capacidad para cuidar de sí mismo que una de las condiciones que se enumeran.**

*Ejemplos:* usted tiene una rara enfermedad cromosómica que le afecta igual que una parálisis cerebral. O usted tiene dificultad para respirar debido a insuficiencia cardíaca congestiva en lugar de enfisema o EPOC.

❖ **Usted necesita supervisión constante para evitar que se lastime a sí mismo, a otros, o a propiedad.**

**Ejemplos:** Usted intenta salir de la casa constantemente. Se pierde o deambula en la calle. Usted es diabético y come alimentos azucarados sin comprender las consecuencias o cómo administrar la diabetes.

❖ **Usted tiene varias condiciones complejas**

DSHS agrega horas sólo por el primer diagnóstico o condición en la lista de la sección 4, "**Condiciones Médicas Complejas**". Si usted tiene varias de estas condiciones, podría necesitar aún más ayuda.

❖ **Si es menor de 21 años y necesita más horas de asistencia personal para corregir, mejorar o prevenir un mayor deterioro de su condición.**

DSHS agrega horas que usted necesite para completar totalmente sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) o Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IAVD).

Información Legal: Ver [WAC 388-106-0135](#), [388-106-1315](#), y [388-440-0001](#)

### 13. En Desacuerdo con su Evaluación

Si no está de acuerdo con la información en la evaluación, usted puede hacer cualquiera de las siguientes cosas o todas ellas:

- ✓ Pida una audiencia. Usted puede pedir una audiencia por teléfono. Es mejor pedir la audiencia **por escrito, con fecha, y guarde una copia.** Incluso si pareciera que va a resolver las cosas con DSHS, pida una audiencia por si acaso la llegara a necesitar. Es fácil retirar la petición para la audiencia si las cosas se llegan a resolver.
- ✓ Plazos: DSHS o la Oficina de Audiencias Administrativas tiene que recibir su petición para la audiencia dentro de 90 días de la fecha en la carta que está apelando.
- ✓ Continuación de las prestaciones. Para seguir recibiendo sus horas actuales de asistencia hasta la audiencia **DSHS tiene que recibir su petición para la audiencia no más allá de diez días** de la fecha en se envió el aviso con el que usted está en desacuerdo o a más tardar para la fecha en que el aviso dice que el cambio entra en vigor. Si usted pierde en la audiencia, DSHS puede pedir que usted pague retroactivamente hasta 60 días de las prestaciones extras que recibió.
- ✓ Pida correcciones o adiciones. Si la información en la evaluación está incorrecta o incompleta, envíe a DSHS una carta fechada explicando en detalle lo que le preocupa. Pídeles que le respondan por escrito. Guarde una copia de su carta.
- ✓ Pida una reevaluación. Si su necesidad de ayuda ha cambiado mucho desde su última evaluación, dígame a DSHS. Pídeles que le reevalúen. O, DSHS podría decidir hacer una reevaluación después de escuchar sus inquietudes.



## 14. Cambios en su Condición

La Evaluación de CARE (Asistencia) sólo examina la conducta y las necesidades para las Actividades de la Vida Diaria (ADL) de los siete días antes de la fecha de la evaluación. Esto a veces resulta en un número mayor o menor de horas de asistencia personal de lo que normalmente usted necesita. Ejemplo 1: Usted estuvo excepcionalmente enfermo justo antes de su evaluación. Eso podría resultar en que reciba demasiadas horas. Ejemplo 2: Usted tuvo una muy buena semana o su condición empeoró después de la evaluación. Eso podría hacer que las horas sean demasiado pocas. Si su condición o necesidades son muy diferentes de lo que fueron en la semana antes de la evaluación, pida una reevaluación.

## 15. Dónde Conseguir Ayuda

Si usted tiene más preguntas después de leer esta publicación, puede obtener asesoría legal gratuita en los siguientes números:

- Clientes de 60 años de edad o más: CLEAR\* Sr. Llamar gratis al **1-888-387-7111** de lunes a viernes por las mañanas, de 9:15 - 12:15. Deje su nombre y número para devolverle la llamada.
- Clientes de bajos ingresos menores de 60 o TTY: Llamar gratis a CLEAR al **1-888-201-1014** de lunes a viernes por las mañanas, de 9:15 - 12:15.
- Puede ver o descargar este folleto y otros tipos de información legal en [www.washingtonlawhelp.org](http://www.washingtonlawhelp.org)

***Brindando servicios legales gratuitos a clientes de bajos recursos y de la tercera edad.***

Preparado por:

Northwest Justice Project  
www.nwjustice.org  
1-888-201-1014 o  
(para 60+): 1-888-387-7111

Esta información se actualizó por última vez en agosto de 2018.