

## ¿Cuál es el Programa de Exención por Autismo Basado en el Hogar y la Comunidad?

- La Exención por Autismo está diseñada para proporcionar los servicios de intervención intensiva temprana a los niños con Trastornos del Espectro de Autismo (ASD por sus siglas en inglés).
- Los niños son elegibles para ingresar al programa desde la edad en la que son diagnosticados hasta la edad de cinco años.
- Un niño será elegible para recibir los servicios de exención durante un período de tres años.
- Para ser elegible para los servicios de Exención por Autismo el niño debe recibir un diagnóstico de ASD de parte de un Médico o Psicólogo Doctorado Licenciado.
- Cuando se ofrece un puesto a un niño en la Exención por Autismo de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), los administradores del programa luego derivarán a la familia al Especialista en Elegibilidad Funcional para que sea evaluada para una Determinación de Nivel de Cuidados para establecer la elegibilidad funcional para los servicios de Exención. La Encuesta Entrevista Vineland II de Escalas de Conducta Adaptativa será una herramienta utilizada para la evaluación.
- Para ser elegible para los servicios, el niño debe recibir un diagnóstico de ASD, cumplir con los requisitos de elegibilidad funcional (nivel de cuidados), y satisfacer la prueba de medios financieros para la elegibilidad para Medicaid.
- Una vez que la elegibilidad funcional ha sido establecida, el Especialista en Elegibilidad Funcional ayudará a la familia a completar la solicitud para Medicaid (si fuera necesario) y derivará a la familia al Especialista en Autismo que la familia elija. Este especialista trabajará con la familia para desarrollar un plan de cuidados e identificar proveedores de servicios.
- Resumen de los servicios de Exención:
  - Cuidado de Alivio: El Cuidado de Alivio proporciona cuidado directo temporal y supervisión para el niño para proporcionar alivio a las familias/prestadores de cuidado de un niño con un ASD.
  - Apoyo y Entrenamiento para Padres: El Apoyo y Entrenamiento para Padres está diseñado para proporcionar el entrenamiento y apoyo necesario para asegurar el compromiso y la participación activa de la familia en el proceso de tratamiento y con la implementación y refuerzo permanente de las habilidades aprendidas durante el Proceso de tratamiento.
  - Apoyos Individuales Intensivos: Servicios proporcionados a un niño con un ASD diseñados para ayudar a adquirir, retener, mejorar, y a generalizar las habilidades de auto ayuda, socialización, y adaptación necesarias para residir y funcionar en forma exitosa en el entorno del hogar y la comunidad.
  - Servicios Consultivos Clínicos y Terapéuticos: Servicios proporcionados por un Especialista en Autismo para ayudar a la familia y al personal de apoyo u otros profesionales pagos a llevar a cabo el programa individual que respalda el desarrollo funcional del niño y su inclusión en la comunidad.
  - Asesoramiento de Adaptación Familiar: Asesoramiento proporcionado a los miembros de la familia de un niño con un ASD para ayudarles a sobrellevar la enfermedad del niño y el estrés relacionado que acompaña a la comprensión inicial del diagnóstico y el cuidado diario, continuo y permanente requerido por el niño con ASD.
- Las solicitudes de Exención por Autismo estarán disponibles a partir de Diciembre de 2007 en las siguientes ubicaciones;
  - Oficinas del DCF,
  - Centros Comunitarios de Salud Mental,
  - Organizaciones Comunitarias de Discapacidades del Desarrollo,
  - Proveedores de Servicios Comunitarios,
  - Contratistas de Cuidado Sustituto,
  - Families Together,
  - Keys for Networking, y
  - www.srs.ks.gov.

## Instrucciones para Padres/Tutores

Por favor complete el formulario adjunto de una página para iniciar el proceso de solicitud del programa de Exención por Autismo.

### Paso 1.

La sección 1 solicita información básica acerca de su niño y su familia. La información personal estará protegida de acuerdo con las pautas de la Ley de Movilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés). Por favor proporcione el nombre de su niño, la fecha de nacimiento, número de seguro social (o SSN por sus siglas en inglés), su nombre como padre o tutor, su domicilio, un número de teléfono donde usted pueda ser localizado, y si Aplica un Número de Identificación de Medicaid.

### Paso 2.

La sección 2 incluye dos componentes. La primera parte requiere que usted indique con una marca qué herramienta de observación de Autismo fue utilizada en el diagnóstico de su niño. Por favor marque todas las que apliquen y si no se encuentra listada la herramienta de observación, por favor especifique qué herramienta fue utilizada. La segunda parte es una lista de control de los artículos necesarios para que acompañen esta solicitud. Por favor marque al lado de “se adjunta Documentación del diagnóstico de Autismo” si usted ha adjuntado la documentación del diagnóstico. Por favor marque la “Firma de un Médico o Psicólogo Doctorado licenciado” si un Médico o Psicólogo Doctorado licenciado ha leído, firmado y fechado la declaración proporcionada al final de la sección 2.

### Paso 3.

**El formulario debe ser completado en su totalidad para ser elegible.**

**La solicitud totalmente completada puede ser presentada de tres maneras.**

1. Enviada por fax a los Servicios y Apoyo Comunitarios (CSS por sus siglas en inglés) al teléfono 785-296-0256,
2. Entregada en mano en su oficina local del DCF para ser estampillada con fecha y hora y enviada por fax al CSS, o
3. Enviada por correo a New England Building  
Attention: KDADS Autism Program Manager  
503 S. Kansas Avenue  
Topeka, KS 66603-3404

## ¿Qué Sucede Después?

Si el niño cumple con los criterios para la Exención por Autismo del HCBS, el niño recibirá una carta del Administrador del Programa de Autismo informándoles que han sido colocados en la Lista de Receptores de la Exención Propuesta y su posición numérica en la lista. Cuando pasa a estar disponible un lugar en la exención el Administrador del Programa se comunicará con la familia para ofrecerles el lugar potencial.

Una vez que el niño ha sido derivado por el Administrador del Programa para su evaluación, el Especialista en Elegibilidad Funcional tiene 5 días hábiles para programar una visita al hogar y completar la evaluación de elegibilidad funcional para determinar si el niño cumple con los criterios establecidos. Si el niño cumple con los criterios, el Especialista en Elegibilidad Funcional ayudará a la familia a completar la solicitud para Medicaid (si fuera necesario) y lo derivará a un Especialista en Autismo.

El Especialista en Autismo tiene 5 días hábiles para comunicarse con la familia para comenzar a desarrollar el Plan Individualizado de Conducta/Plan de Cuidados.

**SECCION 1: Información acerca del Niño y la Familia**

Por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Niño: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social del Niño (SSN): \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Padre es Military Activo:  Sí  No

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Identificación de Medicaid (si fuera aplicable): \_\_\_\_\_

**SECCION 2: Información acerca del Trastorno del Espectro de Autismo**

Se debe incluir la documentación del diagnóstico de Autismo o la Firma de un Médico o Psicólogo Doctorado licenciado en el momento en que la solicitud es presentada.

Por favor indique con una marca si alguna o todas las siguientes son incluidas con esta solicitud:

- Se adjunta documentación del diagnóstico de Autismo.
- Firma de un Médico o Psicólogo Doctorado licenciado.

Autismo el diagnóstico fue realizado con la ayuda de la siguiente herramienta de observación de Autismo aprobada:

- CARS Escala de Valoración del Autismo en la Niñez (CARS por sus siglas en inglés)
- GARS Escala de Valoración de Autismo Gilliam (GARS por sus siglas en inglés)
- ADOS Escala de Observación Diagnóstica de Autismo (ADOS por sus siglas en inglés)
- ADI Entrevista Diagnóstica del Autismo (ADI por sus siglas en inglés) – Revisada
- ASDS Escala de Diagnóstico del Síndrome de Asperger (ASDS por sus siglas en inglés)
- Otro Por favor Especifique \_\_\_\_\_

**El formulario debe ser completado en su totalidad para ser elegible.  
La solicitud totalmente completada puede ser presentada de tres maneras.**

1. Enviada por fax al CSS, al teléfono 785-296-0256,
2. Entregada en mano en una oficina local del DCF para ser estampillada con fecha y hora y enviada por fax al CSS, o
3. Enviada por correo a New England Building  
Attention: KDADS Autism Program Manager  
503 S. Kansas Avenue  
Topeka, KS 66603-3404

*\*Please note that the DCF Regional Office must affix a time/date stamp immediately upon receipt\**

**Sólo para el uso del Médico**

I have made a diagnosis of an Autism Spectrum Disorder for (child's name)

\_\_\_\_\_  
Signature of Doctor

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Doctor

\_\_\_\_\_  
Date