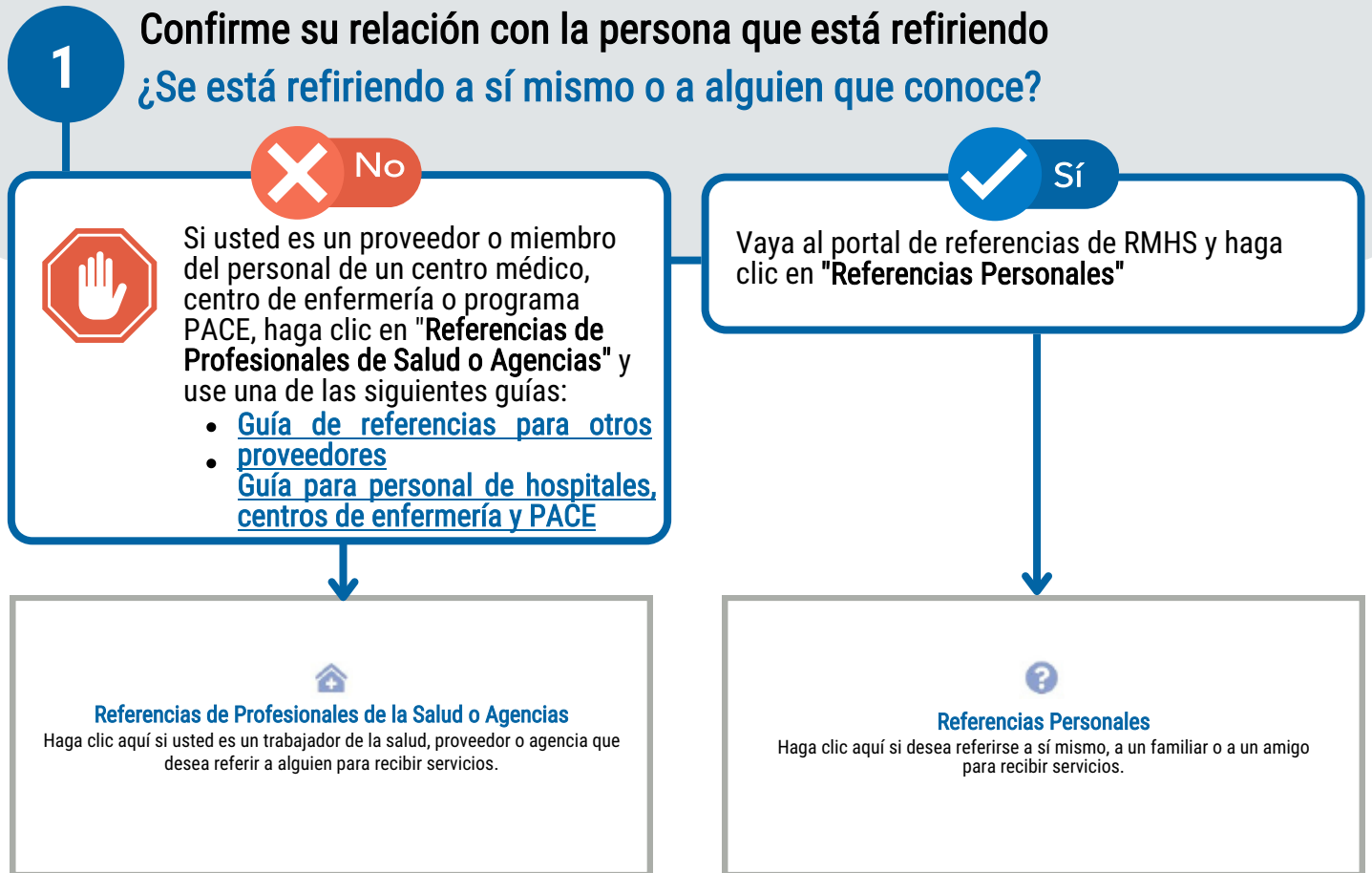


Hacer una Referencia a la Agencia de Administración de Casos de RMHS para Clientes que no tienen I/DD



GUÍA DE REFERENCIAS PERSONALES para cualquier persona que no trabaje en un centro médico o como proveedor.



2

Determine el programa de RMHS adecuado para la persona que está refiriendo

¿La persona que está refiriendo necesita servicios de cuidado a largo plazo o servicios directos de administración de casos?



Seleccione "Agencia de Administración de Casos y Referencia General"



Administración de Casos, Agencia y Referencia General

Haga clic aquí si desea referirse a usted mismo, a un familiar o a un amigo para servicios.



Revise otros programas y **seleccione la opción más adecuada** de la lista que aparece a continuación.



Transiciones Comunitarias - Usted Mismo/Familia/Amigo

Haga clic aquí si desea referirse a usted mismo, a un familiar o a un amigo a uno de nuestros Programas de Transiciones Comunitarias.

-0-



Recursos y Tratamiento de Evaluación Terapéutica Sistémica (Programa START de Denver)

Haga clic aquí si desea enviar una referencia para usted mismo o para otra persona con alguna Discapacidad Intelectual o del Desarrollo y necesidades de salud mental que busca apoyo en crisis de salud conductual.

-0-



Solicitud de Asistencia de Fondos Mill Levy

Haga clic aquí si tiene preguntas sobre necesidades de fondos para usted mismo, un familiar o un amigo. Los fondos Mill Levy pueden proporcionar ayuda a residentes de Denver que viven con una Discapacidad Intelectual o del Desarrollo para necesidades individuales y servicios únicos.

3

Identifique el condado donde vive la persona que está refiriendo
 ¿La persona que está refiriendo vive en el condado de Denver o en el condado de Adams?



Sí

Si la persona que está refiriendo vive actualmente en el condado de **Denver** o en el de **Adams**, seleccione "Sí".



No

Si no, acceda al [mapa CMA](#) para identificar la Administración de Casos correcta.

4

Seleccione la fuente de referencia
 Seleccione la opción que mejor describa su relación con la persona que está refiriendo (probablemente será una de las opciones resaltadas en naranja a continuación).

-- Seleccione --

Agencia de Salud Conductual/Uso de Sustancias

Servicios para Personas sin Hogar/de Vivienda

Entorno Institucional

Agencia de Medicaid

Centro Médico/Doctor

Agencia de Administración de Casos que no es de RMHS

RAE (Entidad Regional Responsable)

Escuela

Usted Mismo/Tutor/Familia/Amigo

Proveedor de Servicios

Servicios Sociales

Agencia de Veteranos

Otro

5

Ingrese los detalles sobre la persona que está refiriendo

- ✓ **Complete todos los campos demográficos y de contacto requeridos.**
- ✓ **Responda a las preguntas sobre las áreas de preocupación.**

6

Elija el programa de interés para la persona que está refiriendo

El programa de interés se basa en las metas y los apoyos necesarios para la persona que está refiriendo.

¿Qué tipo de apoyos en el hogar necesita la persona que está refiriendo?
Seleccione la exención que mejor se ajuste a sus necesidades.

EJEMPLOS DE LA TABLA DE EXENCIONES

CFC - Opción Preferencial de la Comunidad

Programa de Servicios de Apoyo Familiar (Retraso/Discapacidad Intelectual, edades de 3 a 18)

HCA Subsidio de Cuidados en el Hogar

HCBS - Exención por Lesión Cerebral (+16)

HCBS - Exención de Apoyo Extenso para Niños (Discapacidad Intelectual, edades de 0 a 18)

HCBS - Niños con Necesidades de Salud Complejas

HCBS - Exención del Programa Residencial de Rehabilitación para Niños (Discapacidad Intelectual, edades de 0 a 21)

HCBS - Exención de Salud Complementaria e Integrativa (+18 años)

HCBS - Exención de Apoyos de Salud Mental Comunitaria (+18 años)

HCBS - Discapacidad del Desarrollo (Discapacidad Intelectual +18 años, Requiere Apoyos 24/7)

HCBS - Ancianos, Ciegos y Discapacitados (+18)

--Seleccione--

Enlaces de la Tabla de Exenciones (Haga clic para ver más)

Para leer más sobre las opciones de exención, haga clic en 'Enlaces de la Tabla de Exenciones'

7

Segunda opción para el programa de interés (opcional)

- ✓ Algunas referencias permiten una opción secundaria. Complétela si aplica.

8

Finalizar y enviar

- ✓ Ingrese la información adicional solicitada.
- ✓ Haga clic en ENVIAR.
- ✓ Aparecerá una ventana emergente con un número de confirmación. Guarde este número.



Ha completado el Envío de la Referencia de Admisión CMA.

9

Después de enviar

- ✓ Un Administrador de Casos de Admisión revisará la solicitud en breve, de acuerdo con las regulaciones de cumplimiento HCPF.
- ✓ El Administrador de Casos de Admisión se comunicará primero con la persona a la que está refiriendo. Pueden comunicarse con usted si es necesario.
- ✓ Por favor, responda o devuelva las llamadas para evitar retrasos.

