In-Home and Family Support Program (IHFSP)
Individual Rights and Responsibilities and Participant Agreement

Your rights in the In-Home and Family Support Program:

- You may file an application in person, by mail or you may have another person file the application for you. If you need help completing the application or with the application process, a Department of Aging and Disability Services (DADS) volunteer or staff member will help you.
- You have the right to receive services if you are determined eligible for services and if funds are available for the services you requested. If funds are not available, you have a right to have your name placed on an interest list for that service.
- You have the right to receive services when funds become available and your name appears on the interest list as being the next to receive services. The individual on the interest list with the earliest date of request for services receives services first.
- Information collected to determine eligibility for services is confidential under state and federal statutes and regulations. Information about you as an applicant or individual is available to you.
- You have the right to privacy.
- You have the right to be treated with dignity and respect and to have your property treated with respect. You have the right to advance notice of all visits the case manager has with you unless there is indication of abuse, neglect or fraud.
- You have the right to be free from abuse, neglect or exploitation.
- You have the right to be asked, upon submittal of an application, if you are registered to vote and if you would like assistance in registering to vote.
- You have the right to determine what items or services you need.
- You have the right to be informed, in writing and verbally, of your eligibility for the specific services for which you have applied, and of increases or decreases in the services you receive or termination of your services.
- You have the right to lodge a complaint, voice grievances or recommend changes in policy or service without restraint, interference, coercion, discrimination or reprisal. Your complaint, grievance or recommendation must be acknowledged within 14 days of the date it is received by the department and resolved within 60 days of that date. If you disagree with a decision the case manager makes and you want to discuss the decision with the office supervisor, you have the right to do so. If you have any problems or questions regarding DADS services that the case manager or office supervisor cannot solve or answer, you may discuss these with the case manager's program manager.

- You have the right to a fair hearing. If you believe that a DADS employee made a mistake and you did not get the correct services or were denied for services, you or someone acting for you may request, verbally or in writing, a fair hearing. A fair hearing is held to review the provisions of your care plan, denial of services, reduction of services, change in the care plan, termination of services or failure of the department to act on requests for services in a reasonable amount of time. A fair hearing is held by a Health and Human Services Commission (HHSC) employee who has not been involved with the case. This HHSC employee reviews the case to determine if the department's policies and procedures were followed correctly.

- You have the right to communicate in your native language (including American Sign Language) with other persons or employees to request services, apply for services and receive services.

Your responsibilities in the In-Home and Family Support Program:

- I understand it is important to coordinate with my case manager and provide all information necessary to establish eligibility and to develop service plans for purchased services. Falsifying information is illegal and may cause criminal charges to be brought against me.

- I understand I must comply with my service plan. I understand I must treat DADS employees with dignity and may not, in any way, harass or threaten DADS employees.

- I understand I must report, within 10 calendar days, any changes in income, living arrangements, family size, loss of assistance grants or Medicaid benefits or other changes that may affect my eligibility. If I willfully fail to report changes that affect my eligibility and receive services for which I am not eligible, I may be prosecuted for fraud, and I must pay for the services.

Your agreement for participation in the In-Home and Family Support Program:

- I agree as a condition of participation in the In-Home and Family Support Program (IHFSP) to furnish actual receipts for allowable services or items on my approved service plan purchased with program funds.

- I agree to furnish the receipts at times specified by my DADS case manager.

- Valid receipts must:
  - be original;
  - specify the item/service/modification purchased;
  - be for items or services provided after the date of certification/eligibility;
  - include the date the item/service is delivered/purchased;
  - include the vendor's name and identifying information;
  - be marked paid.

- I understand that failure to provide the necessary receipts may result in the denial of future benefits and possible restitution.

Applicant/Individual Name	Applicant/Individual Number

- I agree to return funds to DADS for any amount reimbursed by Medicare or private insurance for items purchased with IHFSP funds.
- I agree to provide estimates for items or services purchased with IHFSP subsidy funds. I also understand I must provide three written bids to determine the lowest cost for renovations of my residence and specialized equipment I cannot receive through other resources costing $1,000 or more.
- I understand I must use any other available resources from federal, state or local resources before accessing the IHFSP. If a program exists in my area that can meet my needs, I understand I must complete the eligibility process for that program. If the program has an interest list, and I refuse to go on the interest list, I must present a compelling reason for refusal in order to remain eligible for the IHFSP. When my name is released from an interest list, I understand I must complete the eligibility process for that program. If I am denied for reasons not related to the program's eligibility criteria (such as for failure to furnish information, attend the initial interview or complete the application process), I understand that I will not be eligible for IHFSP.
- I understand that if I choose to use IHFSP funds granted to me to hire an individual to perform services, I am the legal employer of that individual and I am responsible for directing that individual in the performance of the services and for payment to the individual. I am responsible for any other legal obligations of an employer.

I certify that all items, services, and medication requested during my service plan year are medically necessary due to functional limitations caused by my disability or disabilities.

I also certify that I have read the statements on this form and I understand the content.

Signature –Applicant/Individual/Personal Representative _____ Date _____

Print Name _____ Date _____

Name of Case Manager		
Address		
Case Manager Telephone No.	Supervisor Telephone No.	Program Manager Telephone No.

Programa de Servicios de Apoyo en Casa y para la Familia (IHFSP)

Derechos y responsabilidades individuales y
Acuerdo del participante

Sus derechos en el Programa de Servicios de Apoyo en Casa y para la Familia:

- Puede presentar la solicitud en persona o por correo, o puede pedirle a otra persona que lo haga por usted. Si necesita ayuda para llenar la solicitud o con el trámite de solicitud, le ayudará un voluntario o un empleado del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS).
- Tiene el derecho de recibir servicios si se determina que llena los requisitos para recibirlos y si hay fondos disponibles para los servicios solicitados. Si no hay fondos disponibles, tiene derecho a que se ponga su nombre en una lista de interesados para ese servicio.
- Tiene el derecho de recibir servicios tan pronto como haya fondos disponibles y le toque el turno en la lista de interesados. La persona en la lista de interesados que solicitó los servicios en la fecha más temprana recibe los servicios primero.
- La información que se reúne para determinar si llena los requisitos para servicios es confidencial bajo las leyes y regulaciones federales y estatales. La información sobre usted como solicitante o persona está a su disposición.
- Tiene derecho a la privacidad.
- Tiene derecho a que lo traten con dignidad y respeto y a que traten con respeto su propiedad. Tiene derecho a que el administrador de casos le avise antes de hacerle una visita, excepto si hay señales de abuso, maltrato, descuido o fraude.
- Tiene el derecho de vivir libre de abuso, maltrato, descuido o explotación.
- Tiene derecho a que le pregunten, al presentar una solicitud, si está registrado para votar y si quiere ayuda para registrarse a votar.
- Tiene el derecho de determinar qué artículos o servicios necesita.
- Tiene el derecho de ser informado, por escrito y oralmente, sobre su elegibilidad para los servicios específicos que haya solicitado, y sobre el aumento, la reducción o la terminación de los servicios que recibe.
- Tiene el derecho de presentar una queja, un reclamo por agravio o de recomendar cambios a las normas o servicios sin control, interferencia, coerción, discriminación ni represalia. El departamento tiene que acusar recibo de su queja, agravio o recomendación dentro de 14 días a partir de la fecha en que la reciba y debe resolverla dentro de 60 días de esa fecha. Si no está de acuerdo con una decisión tomada por el administrador de casos y quiere hablar sobre la decisión con el supervisor de la oficina, tiene el derecho de hacerlo. Si tiene problemas o preguntas sobre los servicios del DADS que ni el administrador de casos ni el supervisor de la oficina le pueden contestar o resolver, puede hablarlos con el administrador del programa del administrador de casos.

- Tiene derecho a una audiencia imparcial. Si cree que un empleado del DADS se equivocó y que usted no recibió los servicios correctos o le negaron servicios, usted o alguna persona que lo represente puede pedir una audiencia imparcial oralmente o por escrito. Se celebra una audiencia imparcial para revisar las disposiciones de su plan de servicios, la negación o reducción de servicios, cambios al plan de servicios, la terminación de los servicios o si el departamento no actuó en cuanto a su solicitud de servicios dentro de un tiempo razonable. Un empleado de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) que no ha tenido parte en el caso lleva a cabo la audiencia imparcial. Este empleado de la HHSC revisa el caso para determinar si se siguieron correctamente las normas y procedimientos del departamento.

- Tiene el derecho de comunicarse con otras personas o con empleados en su idioma natal (incluso el lenguaje de señas) para pedir y recibir servicios y presentar una solicitud.

Sus responsabilidades en el Programa de Servicios de Apoyo en Casa y para la Familia:

- Entiendo que es importante coordinar con mi administrador de casos y brindar toda la información necesaria para establecer la elegibilidad y formular planes de servicios para los servicios pagados. Es ilegal falsificar información y puede causar que se presenten cargos penales en mi contra.

- Entiendo que tengo que cumplir con mi plan de servicios. Entiendo que tengo que tratar a los empleados del DADS con dignidad y de ninguna manera puedo acosarlos ni amenazarlos.

- Entiendo que tengo que informar, dentro de 10 días calendarios, de cambios a ingresos, arreglos de vivienda, tamaño de la familia, pérdida de subvenciones de ayuda o beneficios de Medicaid u otros cambios que podrían afectar mi elegibilidad. Si intencionalmente dejo de avisar de cambios que afecten mi elegibilidad y recibo servicios para los que no lleno los requisitos, podría ser procesado por fraude y tengo que pagar los servicios.

Su acuerdo de participación en el Programa de Servicios de Apoyo en Casa y para la Familia:

- Acepto, como condición de mi participación en el Programa de Apoyo en Casa y para la Familia (IHFSP), proporcionar recibos reales por los servicios o artículos permitidos en mi plan de servicios aprobado y pagados con fondos del programa.

- Acepto proporcionar los recibos dentro de los plazos especificados por mi administrador de casos del DADS.

- Los recibos válidos tienen que:
    - ser originales;
    - especificar el artículo, servicio o modificación pagados;
    - ser para artículos o servicios brindados después de la fecha de certificación o elegibilidad;
    - incluir la fecha en que se prestó o compró el artículo o servicio;
    - incluir el nombre del vendedor e información de identificación;
    - marcarse como cancelados.

- Entiendo que si no doy los recibos necesarios puede causar que me nieguen beneficios y posible restitución en el futuro.

- Acepto devolver al DADS cualquier suma reembolsada por Medicare o por seguros privados por artículos pagados con fondos del IHFSP.

Nombre del solicitante o de la persona	Número del solicitante o de la persona

- Acepto dar presupuestos de artículos o servicios comprados con los fondos de subsidio del IHFSP. Además, entiendo que para renovaciones a mi residencia y equipo especializado que cuestan $1,000 o más, y que no puedo recibir por medio de otros recursos, tengo que presentar 3 ofertas por escrito para determinar el costo más bajo.

- Entiendo que tengo que usar cualquier otro recurso federal, estatal o local disponible antes de tener acceso al IHFSP. Si existe un programa en mi zona que puede satisfacer mis necesidades, entiendo que tengo que completar el trámite de elegibilidad para ese programa. Si el programa tiene una lista de interesados, y me niego a inscribirme en la lista de interesados, tengo que presentar una razón convincente por la negativa para continuar llenando los requisitos del IHFSP. Cuando sale mi nombre de una lista de interesados, entiendo que tengo que completar el trámite de elegibilidad para ese programa. Si me rechazan por motivos no relacionados con los criterios de elegibilidad del programa (tales como no dar información, no asistir a la entrevista inicial o no completar el trámite de solicitud), entiendo que no llenaré los requisitos del IHFSP.

- Entiendo que si decido usar los fondos del IHFSP que me conceden para contratar a una persona para que preste servicios, yo seré el empleador legal de esa persona y seré responsable de dirigir a esa persona en la prestación de los servicios y de pagar a la persona. Seré responsable de cualquier otra obligación legal que tenga un empleador.

Certifico que todos los artículos, servicios y medicamentos solicitados durante el año de mi plan de servicios son médicamente necesarios debido a limitaciones funcionales causadas por mis discapacidades.

También certifico que he leído las declaraciones en esta forma y entiendo el contenido.

Firma del solicitante, de la persona o del representante personal

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha

Nombre del administrador de casos		
Dirección		
Teléfono del administrador de casos	Teléfono del supervisor	Teléfono del administrador del programa