



**Gold Coast  
Health Plan**<sup>SM</sup>  
A Public Entity



## **Solicitud de Certificación de Proveedor Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW)**

## Solicitud de Certificación de Proveedor: Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW)

### Instrucciones:

1. Esta Solicitud de CHW refleja los requisitos y expectativas que establecen el DHCS y GCHP para actuar como proveedor para miembros de GCHP.
2. Por favor, haga que un representante autorizado complete la Solicitud de Proveedor de CHW y la envíe a [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org) con el texto en la línea de asunto "CHW Provider Application." Una vez envíe esta solicitud, el equipo de GCHP revisará y responderá en el plazo de 45 días hábiles.
3. Si tiene alguna pregunta, por favor, participe en los Webinarios de Asistencia Técnica que organiza GCHP o contacte a [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org).
4. Mientras completa su solicitud, por favor, sea consciente de que GCHP realizará un proceso de revisión de preparación para asegurar que usted cumple los requisitos del DHCS y puede proporcionar los servicios en la forma en que describen la política del DHCS y los P&P de GCHP. Para ello, le pedimos, por favor, lo siguiente:
  - a. Revise detalladamente las expectativas para la prestación de servicios de CHW según describen los documentos orientativos que se citan al final de estas instrucciones y se comentarán en los Webinarios de Asistencia Técnica de GCHP antes de revisar estas expectativas dentro de su organización para asegurarse que ustedes las entienden con claridad y están preparados para proporcionar estos servicios. Puede haber discusión y/o requisitos adicionales para poblaciones focales específicas, según se describen en la Guía de Políticas de CHW a la que se hace referencia en estas instrucciones.
  - b. Proporcione detalles sobre la forma en que su organización implementará los servicios de CHW para cumplir las expectativas del programa. Para todas las respuestas en formato narrativo, sea claro y conciso, para que los revisores entiendan la forma en que su organización proporciona servicios de CHW, y limite las respuestas a 500 palabras o menos para cada sección.
  - c. No incluya ninguna PHI ni PII.
  - d. Evite los acrónimos siempre que sea posible, o defínalos en un documento de apoyo.
  - e. Si tiene algún subcontratista que proporcione cualquier parte de los servicios de CHW en nombre de su organización, por favor, presente una copia del MOU / contrato como parte de su solicitud.
5. Si usted propone que un subcontratista cumpla los requisitos de proveedor de CHW, por favor, complete también la "Sección 11: Supervisión y Seguimiento. GCHP confirmará la recepción de las solicitudes en el plazo de cinco días hábiles. Un miembro del personal contactará individualmente a los proveedores de CHW para solicitar información o aclaración adicional para aquellas áreas de la solicitud que no cumplan los requisitos de CHW.
6. Por favor, nombre cada archivo que presente con el mismo formato. Por ejemplo: `MyOrganizationName_CHW_RequiredAreaA_Question1` o `MyOrganizationName_CHW_RequiredAreaD`.
7. Por favor, consulte los siguientes materiales de referencia para obtener información y ayuda:
  - a. Documentos de Referencia del DHCS para ECM and CS: el documento [CHW and CHW Standard Provider Terms and Conditions](#) proporciona detalles sobre lo que se espera de los proveedores.
  - b. [DHCS All Plan Letter 22-016 CHW Services Benefit](#).

## Materiales introductorios

### Cobertura del Programa

Medi-Cal cubre servicios de CHW, conforme al Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Sección 440.130(c), como servicios preventivos, y tras recomendación escrita de un médico u otro profesional con licencia de las artes de la sanación, dentro del ámbito de su ejercicio según la ley estatal. Los servicios de CHW pueden incluir, sin limitarse a ellos, el control y prevención de condiciones crónicas o enfermedades infecciosas; condiciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias; necesidad de servicios preventivos, condiciones de salud perinatal; salud sexual y reproductiva; problemas de salud medioambientales y sensibles al clima; salud y desarrollo infantil; salud bucal; envejecimiento; lesiones; violencia doméstica; y prevención de la violencia.

### Definición

Los servicios de CHW son servicios de salud preventiva para prevenir enfermedades, discapacidad y otras condiciones de salud o su avance; para prolongar la vida; y fomentar la salud física y mental. Los trabajadores de salud comunitaria pueden incluir a personas conocidas bajo el nombre de diversos trabajos, incluyendo promotores, representantes de salud comunitaria, navegadores y otros trabajadores de salud pública no certificados, incluyendo profesionales de prevención de la violencia, con las cualificaciones que se especifican a continuación.

El **proveedor supervisor** es un proveedor inscrito de Medi-Cal que presenta reclamos por servicios proporcionados por CHW. El proveedor supervisor se asegura que el CHW cumple las cualificaciones que se enumeran en esta solicitud, y supervisa directa o indirectamente al CHW y sus servicios proporcionados a miembros de GCHP. El proveedor supervisor puede ser un proveedor con licencia, un hospital, una clínica ambulatoria, una jurisdicción de salud local (LHJ, por sus siglas en inglés) o una organización basada en la comunidad (CBO). Los CHW pueden ser supervisados por una CBO o LHJ que no tenga en su personal un proveedor con licencia.

## Acronym key:

- Actividades de la Vida Diaria (ADL)
- Selección de Formato Alternativo (AFS)
- Especialista Certificado de Envejecimiento en el Hogar (CAPS)
- Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW)
- Apoyos Comunitarios (CS)
- Continuidad de Atención (CoC)
- Sistema Coordinado de Entrada (CES)
- Departamento de Servicios de Salud (DHCS)
- Administración de Atención Mejorada (ECM)
- Gold Coast Health Plan (GCHP)
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)
- Filtro de Partículas de Aire de Alta Eficiencia (HEPA)
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ADL)
- Control Integrado de Plagas (IPM)
- Plan de Atención Administrada (MCP)
- Memorando de Entendimiento (MOU)
- Identificador Nacional de Proveedor (NPI)
- Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)
- Información Identificable Personalmente (PII)
- Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Proceso y Procedimientos (P&P)
- Información de Salud Protegida (PHI)
- Dietista Registrado (RD)
- Protocolo Seguro de Transferencia de Archivos (SFTP)
- Ingreso del Seguro Suplementario (SII)

Los proveedores potenciales de CHW deben completar todas las secciones de esta Solicitud de Certificación

## Sección 1: Información Demográfica

<b>Organización Proveedora de CHW:</b>			
<b>Tipo de Organización Proveedora de CHW:</b>			
<b>Número de Identificación Fiscal (TIN):</b>			
<b>Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (Si es aplicable) (es decir, Presentar NPI de Tipo 2 si es aplicable. Si usted tiene una solicitud pendiente de NPI, indíquelo aquí):</b> <b>Nota: No todos los proveedores tendrán un NPI</b>			
<b>Ubicaciones Geográficas y Horas de Operaciones</b>			
<b>¿Tiene usted actualmente un contrato con un Plan de Atención Administrada (MCP)? Si es así, por favor, anote el MCP.</b>			
<b>Completado Por (Nombre):</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Cargo:</b>			
<b>Número de Teléfono:</b>		<b>Dirección de Correo Electrónico:</b>	

## Sección 2: Información del Programa de CHW

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<p><b>Área Obligatoria 1A</b></p>	<p><b>Requisitos y Cualificaciones del Proveedor de CHW</b></p> <p>Los CHW deben tener experiencia vivida que se alinee y ofrezca una conexión entre el CHW y el miembro o la población servida. La experiencia vivida puede incluir, sin limitarse a ello, experiencia relacionada con estar en la cárcel, servicios militares, embarazo y parto, colocación en sistema de crianza, indigencia, condiciones de salud mental o consumo de sustancias, o ser superviviente de violencia doméstica o de pareja íntima o abuso y explotación. La experiencia vivida también puede incluir compartir la raza, etnia, orientación sexual, identidad de género, idioma o contexto cultural con uno o más grupos lingüísticos, culturales u otros en la comunidad. Los CHW también deben demostrar cualificaciones mínimas para proporcionar servicios.</p> <p>Los proveedores supervisores se aseguran que los CHW cumplen las cualificaciones, supervisan a los CHW y los servicios prestados a los Miembros, y presentan reclamos por los servicios proporcionados por los CHW. Los proveedores supervisores deben ser un proveedor con licencia, un hospital, una clínica ambulatoria, una jurisdicción de salud local o una organización basada en la comunidad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la experiencia vivida de sus CHW.</li> <li>2. ¿Exige usted a los CHW que obtengan certificados? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “Sí”, ¿qué tipo de certificados exige usted a los CHW que obtengan?</li> <li>3. ¿Ofrece su organización capacitación anual? Si es así, explique cómo.</li> <li>4. ¿Cuántos proveedores supervisores y CHW tiene actualmente en plantilla? ¿Cuántos prevé tener en plantilla en seis meses? ¿En 12 meses?</li> <li>5. Describa el proceso de sus proveedores supervisores para realizar la supervisión de CHW.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
<p><b>Área Obligatoria 1B</b></p>	<p><b>Elegibilidad, Difusión y Participación</b></p> <p>Los miembros deben ser considerados elegibles para recibir servicios de CHW por parte de un médico, enfermera con práctica médica, enfermera matrona y otros profesionales con licencia.</p> <p>El Proveedor de CHW debe poder completar lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir remisiones de proveedores externos.</li> <li>2. Recibir remisiones de GCHP.</li> <li>3. Validar que los miembros remitidos son elegibles para servicios de CHW.</li> <li>4. Realizar contacto y lograr la participación de los miembros remitidos en el plazo oportuno.</li> <li>5. Mantener documentación del resultado de la remisión.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su proceso de remisión de principio a fin, incluyendo la forma en que usted se comunica con proveedores externos.</li> <li>2. Describa su proceso de remisión de principio a fin, incluyendo la forma en que usted se comunica con GCHP.</li> <li>3. Describa sus estrategias actuales de contacto y participación.</li> <li>4. Si su organización proporciona servicios de prevención de la violencia, describa cualquier proceso de remisión o estrategias de contacto especializadas para estos servicios.</li> <li>5. Capacidad Estimada de Miembros: Describa el número estimado de miembros de GCHP a los que puede atender su organización en relación con servicios de CHW.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>Área</b> <b>Obligatoria</b> <b>1C</b>	<b>Requisitos de Documentación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los CHW deben documentar lo siguiente: Medidas de seguridad que protegerían la PHI / PII.</li> <li>• Gestión del consentimiento del miembro para servicios.</li> <li>• Gestión de documentos para servicios proporcionados a miembros menores de 21 años de edad.</li> <li>• Fechas y hora / duración de servicios proporcionados a los miembros.</li> </ul>	<p>Describa su sistema y procesos de gestión de documentos. En su descripción, por favor, describa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características de seguridad que protegerían la PHI / PII.</li> <li>• Gestión del consentimiento del miembro para servicios.</li> <li>• Gestión de documentos para servicios proporcionados a miembros menores de 21 años de edad.</li> <li>• Documentar las fechas y hora / duración de servicios proporcionados a los miembros.</li> </ul> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
<b>Área</b> <b>Obligatoria</b> <b>1D</b>	<b>Plan de Atención</b> <p>Los CHW deben colaborar con el equipo de atención del miembro para desarrollar un plan de atención por escrito. En algunos casos, el CHW puede asumir el papel director en la redacción del plan de atención.</p>	<p>Describa su experiencia en desarrollo y gestión continua de planes de atención. Además de esta narrativa, por favor, presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una plantilla de plan de atención.</li> <li>• Política o procedimiento sobre desarrollo y gestión de plan de atención.</li> <li>• Política o procedimiento sobre supervisión y monitoreo de plan de atención por parte del proveedor supervisor.</li> </ul> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<p><b>Área Obligatoria 1E</b></p>	<p><b>Servicios de CHW Cubiertos incluyendo Servicios de Prevención de la Violencia y Personal del Proveedor</b></p> <p>Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente o planea proporcionar a miembros de GCHP (marque todos los que apliquen):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Servicios de Prevención de la Violencia: Servicios de CHW disponibles para miembros que cumplan cualquiera de las circunstancias siguientes: el miembro ha sufrido lesiones violentas como resultado de violencia en la comunidad; el miembro tiene un riesgo significativo de sufrir lesiones violentas como resultado de violencia en la comunidad; el miembro ha sufrido exposición crónica a violencia en la comunidad.</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Educación para la Salud: Promover la salud del miembro o abordar barreras para la atención física y mental, como por ejemplo, proporcionando información o instrucción sobre temas de salud. El contenido de la Educación para la Salud debe ser compatible con los estándares establecidos o reconocidos de atención de salud y puede incluir entrenamiento y fijar objetivos para mejorar la salud del miembro o su capacidad de manejar por sí mismo sus condiciones de salud.</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Navegación de Salud: Proporcionar información, capacitación, remisiones o apoyo para ayudar a los Miembros a acceder a atención de salud, entender el sistema de prestación de atención de salud, o dedicarse a sus propios cuidados. Esto incluye conectar a los miembros a los recursos comunitarios necesarios para fomentar la salud; abordar las barreras para la atención, incluyendo conectar con servicios de traducción / interpretación médica o de transporte; o abordar necesidades sociales relacionadas con la salud.</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Detección y Evaluación: Proporcionar servicios de detección y evaluación que no requieran licencia, y ayudar al miembro a conectar con servicios apropiados para mejorar su salud.</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Apoyo o Defensa Individual: Ayudar al miembro a evitar que comience o se agrave una condición de salud, o evitar lesiones o violencia. Esto incluye apoyo de pares también, si no duplica otros beneficios cubiertos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios actualmente o tiene intención de proporcionar estos servicios en el futuro.</li> <li>2. ¿Cuál es su capacidad actual para servicios de CHW?</li> <li>3. ¿Cómo tiene previsto incrementar su capacidad para atender a miembros adicionales a lo largo de los próximos 12 meses?</li> <li>4. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Por favor, aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para complementar servicios a domicilio.</li> <li>5. ¿Ofrece su organización servicios tanto en persona como virtuales? Si es así, describa la forma en que su organización gestiona tanto los servicios en persona como los virtuales para los miembros. Si no, describa su plan para proporcionar servicios tanto en persona como virtuales para los miembros en los próximos 12 meses.</li> <li>6. ¿Necesitaría usted ayuda técnica de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos?</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>Área</b> <b>Obligatoria</b> <b>1F</b>	<p><b>Facturación, Reclamos y Pagos</b></p> <p>El proveedor supervisor de CHW registrará, generará y enviará un reclamo a GCHP por servicios prestados en el formato estándar (archivo 837) ● enviará una factura a GCHP en el formato de Excel especificado por el DHCS. El proveedor de CHW debe tener documentación de la remisión a servicios de CHW para recibir el pago por la prestación de servicios. El proveedor de CHW debe tener implementado un mecanismo para aceptar el pago por parte de GCHP por servicios autorizados y prestados.</p> <p>Los proveedores no deberán presentar facturas dobles, según sea aplicable, por servicios de CHW que duplican los servicios que se reembolsan a través de otros servicios como ECM, lo cual incluye los servicios dentro del beneficio de CHW. Por tanto, los proveedores no deberán facturar por servicios de CHW y ECM para el mismo miembro por el mismo periodo de tiempo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su proceso actual para registrar, generar y presentar reclamos o facturas para el pago de los servicios prestados. Indique cualquier sistema electrónico o plataforma relevante que utilice actualmente.</li> <li>2. Si no tiene un proceso actual, indique cómo tiene planeado presentar reclamos o facturas para el/los servicio(s) de CHW que está interesado en proporcionar. ¿Qué ayuda necesita de GCHP para desarrollar este proceso?</li> <li>3. Describa capacidad para documentar las fechas, hora / duración de los servicios, naturaleza de los servicios prestados y apoyar la duración de tiempo pasado con el beneficiario en el día en que se completa la cita.</li> <li>4. Describa su capacidad para evitar la facturación duplicada.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
<b>Área</b> <b>Obligatoria</b> <b>1G</b>	<p><b>Compartir Datos para Apoyar a CHW</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intercambio de archivos de datos <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Miembros que potencialmente reúnan los requisitos</li> <li>b. PHI de los miembros asignados</li> <li>c. Respuesta de estado del programa</li> </ol> </li> <li>2. Informes <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Contacto y participación de miembros</li> <li>b. Informe(s) suplementarios obligatorios del DHCS</li> </ol> </li> <li>3. Requisitos de Privacidad y Seguridad <ol style="list-style-type: none"> <li>a. HIPAA</li> <li>b. 42 CFR Parte 2</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la capacidad de su organización para transferir datos e informes a GCHP mediante un sitio SFTP u otro mecanismo seguro de intercambio de datos para apoyar la prestación del servicio.</li> <li>2. Describa qué plataformas de intercambio de datos utiliza actualmente su organización.</li> <li>3. Describa la forma en que usted cumple con los requisitos de Privacidad y Seguridad de HIPAA y, si es aplicable, de 42 CFR Parte 2 para proporcionar servicios y evitar las filtraciones de datos.</li> <li>4. Describa si usted aporta información requerida a informes suplementarios que requiere el DHCHW (por ejemplo, Informe trimestral de Seguimiento de Implementación de CHW), y si es así, la forma en que lo hace.</li> <li>5. Si no tiene un proceso actual, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>



Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>Área Obligatoria 1H</b>	<b>Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando servicios de CHW?</li> <li>2. Describa la capacidad/experiencia de su organización en la prestación de servicios a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembros con una o más condiciones de salud crónicas (incluyendo salud del comportamiento) o exposición a violencia y trauma.</li> <li>• Miembros en riesgo por una condición de salud crónica o exposición de salud medioambiental.</li> <li>• Miembros que se enfrentan a barreras para cubrir sus necesidades sociales de salud o relacionadas con la salud.</li> <li>• Miembros a los que les resultarían beneficiosos servicios preventivos.</li> </ul> </li> <li>3. ¿Cómo aborda su organización las posibles carencias en la cobertura del servicio debido a ausencias del personal?</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
<b>Área Obligatoria 1I</b>	<p><b>Seguimiento y Supervisión:</b></p> <p>El Proveedor de CHW debe cooperar con actividades de supervisión y seguimiento de GCHP para asegurar el cumplimiento de los requisitos de CHW. El Proveedor de CHW debe cumplir las actividades de seguimiento de GCHP, incluyendo informes, auditorías y acciones correctoras obligatorias, entre otras actividades de supervisión.</p> <p>El proveedor supervisor debe tener la capacidad de certificar y hacer seguimiento de la capacitación obligatoria de los CHW.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su experiencia en ser objeto de seguimiento y supervisión por parte de otra entidad.</li> <li>2. Describa las auditorías internas que realiza para garantizar el cumplimiento de los requisitos contractuales.</li> <li>3. ¿Tiene su organización algún caso de fraude, desperdicio o abusos u otros cargos penales en los últimos cinco años? Si es así, proporcione una breve descripción del caso.</li> <li>4. Describa la forma en que usted certificará, proporcionará supervisión y monitoreará las actividades de sus trabajadores de CHW para asegurarse que cumplen los requisitos de certificación y capacitación.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>



**Gold Coast  
Health Plan**<sup>SM</sup>  
A Public Entity

**Solicitud de Certificación de Proveedor**  
Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW)

711 East Daily Drive, Suite 106, Camarillo, CA 93010  
[www.goldcoasthealthplan.org](http://www.goldcoasthealthplan.org)