Gold Coast Health Plan℠
A Public Entity

Apoyos Comunitarios

Solicitud de Certificación de Proveedor

www.goldcoasthealthplan.org

Table of Contents

Solicitud de Certificación de Proveedor de Apoyos Comunitarios (CS)

Instrucciones 3

Instrucción para Evidencia 4

Secciones específicas de CS

Sección de información del proveedor 5

1A-1K Sección General de Proveedores:

Todos los proveedores potenciales de CS deben completar las secciones 1A-1K 6

2A-D Servicios de Navegación de Transición de Vivienda 13

3A-D Depósitos de Vivienda 16

4A-D Servicios de Arrendamiento y Sostenimiento de Vivienda 19

5A-D Vivienda a Corto Plazo después de Hospitalización 22

6A-D Cuidados de Recuperación (Relevo Médico) 25

7A-D Servicios de Relevo (para Cuidadores) 28

8A-D Servicios de Cuidado Personal y Tareas del Hogar 30

9A-D Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental (Modificaciones de Vivienda) 33

10A-D Comidas / Comidas Médicamente Aceptadas / Comidas de Apoyo Médico 35

11A-D Centros de Sobriedad 38

12A-D Alivio del Asma 41

13A-D Transición / Desvío de Centro de Enfermería 44

14A-D Servicios de Transición a la Comunidad / Transición de Centro de Enfermería al Hogar 47

Solicitud de Certificación de Proveedor de Apoyos Comunitarios (CS)

Instrucciones

1. Esta Solicitud de Proveedor de Apoyos Comunitarios (CS, por sus siglas en inglés) refleja los requisitos y expectativas que establecen el Departamento de Servicios de Salud (DHCS) y Gold Coast Health Plan (GCHP) para actuar como proveedor de CS para miembros de GCHP.
2. Por favor, complete la Solicitud de Proveedor de CS y envíela a calaimpr@goldchp.org con el texto en la línea de asunto *"CS Provider Application."*
3. Si tiene alguna pregunta, por favor, participe en las *Reuniones de Asistencia Técnica* que organiza GCHP (insertar enlace a página web) o contacte a 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 en la forma en que describen la política del DHCS y los Procesos y Procedimientos (P&P) de GCHP. Para ello:
    a. Por favor, revise detalladamente las expectativas para la prestación de servicios de CS según describen los documentos orientativos que se comparten en la Sección 6 de estas instrucciones y según se comentan en las Reuniones de Asistencia Técnica de GCHP (insertar enlace a página web).
    b. Por favor, revise 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 CS a la que se hace referencia en la Sección 6 de estas instrucciones.
    c. Por favor, proporcione detalles sobre la forma en que su organización implementará los servicios de CS para cumplir las expectativas del programa. Por favor, sea claro y conciso en su presentación, para que los revisores entiendan la forma en que su organización proporciona servicios de CS.
    d. Si tiene algún subcontratista que proporcione cualquier parte de los servicios de CS en nombre de su organización, por favor, presente una copia del Memorando de Entendimiento/contrato como parte de su solicitud.
    e. Si usted propone que un subcontratista cumpla los requisitos de proveedor de CS, por favor, complete también la "Sección 1K: Supervisión y Seguimiento."
5. GCHP revisará todas las solicitudes y responderá individualmente a los proveedores de CS con peticiones de información adicional o aclaración de áreas de la solicitud que no cumplan los requisitos de CS.
6. Para todas las respuestas en forma narrativa, por favor, sea claro y conciso. Por favor, limite su respuesta a 500 palabras o menos para cada sección.
7. No incluya ninguna información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) ni información identificable personalmente (PII).
8. Cuando sea posible, evite usar acrónimos, o defínalos en una lista en un documento de apoyo.
9. Utilicen las convenciones terminológicas estándar en todos los archivos.
10. Por favor, consulte los siguientes materiales de referencia para obtener información y ayuda:
    a. Documentos de Referencia del DHCS para Administración de Atención Mejorada: el documento de CS y Términos y Condiciones Estándar para Proveedores de CSS proporciona detalles sobre lo que se espera de los proveedores.

Instrucciones para la Solicitud de Certificación de Proveedor de Apoyos Comunitarios (CS)

Sección de la Solicitud de Certificación de Proveedor de CS	Número de Página	Qué Deben Completar los Proveedores Potenciales de CS
Sección de Información sobre el Proveedor	5	Todos los Solicitantes.
1A-1K Sección General de Proveedores	6-12	Todos los Solicitantes.
2A-D Servicios de Transición de Navegación de Vivienda	13-15	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
3A-D Depósitos de Vivienda	16-18	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
4A-D Servicios de Arrendamiento y Sostenimiento de Vivienda	19-21	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
5A-D Vivienda a Corto Plazo después de Hospitalización	22-24	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
6A-D Cuidados de Recuperación (Relevo Médico)	25-27	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
7A-D Servicios de Relevo (para Cuidadores)	28-29	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
8A-D Servicios de Cuidado Personal y Tareas del Hogar	30-32	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
9A-D Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental (Modificaciones de Vivienda)	33-34	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
10A-D Comidas / Comidas Médicamente Adaptadas / Comidas de Apoyo Médico	35-37	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
11A-D Centros de Sobriedad	38-40	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
12A-D Alivio del Asma	41-43	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
13A-D Transición / Desvío de Centro de Enfermería	44-46	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.
14A-D Servicios de Transición a la Comunidad / Transición de Centro de Enfermería al Hogar	47-49	Solo solicitantes capaces de proporcionar este servicio.

Sección de Información sobre el Proveedor: Todos los proveedores potenciales de CS deben completar esta sección

Esta Solicitud de Certificación de Proveedor de CS tiene la intención de garantizar que el proveedor de CS aporta ***evidencias satisfactorias*** de cumplir los requisitos de CS según describen el DHCS y GCHP para ser certificado como proveedor de CS.

Por favor, complete la Solicitud de Certificación de Proveedor de CS y preséntela por correo electrónico a calaimpr@goldchp.org escribiendo en la línea de "Asunto" *"CS_Provider: Organization_ Name_Certification_Date"* dentro de las tres semanas de su recepción. Si tiene alguna pregunta o duda mientras completa la solicitud, por favor, contacte calaimpr@goldchp.org.

Organización Proveedora de CS:	
Tipo de Organización Proveedora de CS:	
Número de Identificación Fiscal (TIN):	
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):** **Nota: No todos los proveedores tendrán un NPI**	
Completado Por:	
Fecha:	
Cargo:	
Número de Teléfono:	
Dirección de Correo Electrónico:	

Sección General de Proveedores: Todos los proveedores potenciales de CS deben completar las secciones 1A-1K

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
Área Obligatoria 1A	**Información General sobre el Proveedor** 1. Información general sobre la organización: a. Tipo de Organización. b. Licencia(s) de Negocio. c. ¿Tienen ustedes actualmente un Plan de Atención Administrada? Si es así, ¿para qué servicio(s) y con qué Plan(es) de Atención Administrada? 2. Servicios ofrecidos. 3. Ubicaciones geográficas servidas. 4. Horas de Operaciones. 5. Historial de fraude, desperdicio y/o abuso; actividad delictiva; o reclamos por responsabilidad.	1. Proporcione información sobre su organización para todas las categorías a la izquierda (1-5). **Respuesta del Solicitante:**
Área Obligatoria 1B	**Experiencia Sirviendo a Beneficiarios de Medi-Cal** El proveedor está interesado en ofrecer CS a población de atención administrada de Medi-Cal de ámbito completo (no de Pago por Servicio).	1. ¿Está usted interesado en ofrecer CS a población de atención administrada de Medi-Cal de ámbito completo (no de Pago por Servicio)? ☐ Sí o ☐ No 2. Describa su experiencia sirviendo a beneficiarios de Medi-Cal y/u otras poblaciones vulnerables. Indique el porcentaje estimado de sus clientes que son beneficiarios de Medi-Cal. **(Nota: No es obligatoria experiencia de Medi-Cal para ser considerado para contratación de CS.)** **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
Área Obligatoria 1C	**Prestación de Servicios de CS** ☐ Servicios de Navegación de Transición de Vivienda. ☐ Depósitos de Vivienda. ☐ Arrendamiento y Sostenimiento de Vivienda. ☐ Vivienda a Corto Plazo después de Hospitalización. ☐ Cuidados de Recuperación (Relevo Médico). ☐ Comidas / Comidas Médicamente Adaptadas. ☐ Servicios de Relevo (Lanzamiento por Determinar). ☐ Programas de Habilitación de Día (Lanzamiento por Determinar). ☐ Transición / Desvío de Centro de Enfermería (Lanzamiento por Determinar). ☐ Servicios de Transición a la Comunidad / Transición de Centro de Enfermería al Hogar (Lanzamiento por Determinar). ☐ Servicios de Cuidado Personal y de Tareas del Hogar (Lanzamiento por Determinar). ☐ Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental (Modificaciones de Vivienda; Lanzamiento por Determinar). ☐ Centros de Sobriedad (Lanzamiento por Determinar). ☐ Alivio del Asma (Lanzamiento por Determinar).	1. Marque cada CS que su organización **esté interesada y dispuesta a proporcionar**. Complete la(s) seccion(es) correspondientes (es decir, Secciones 2-12) a continuación con documentación o anexos adicionales según se solicite sobre la forma en que su organización tiene previsto prestar cada servicio de CS.

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
Área Obligatoria 1D	**Difusión y Participación** El Proveedor de CS es responsable de realizar contacto y lograr la participación de miembros asignados. **El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:** 1. Aceptar remisiones de Miembros desde GCHP para el servicio de CS autorizado, hasta la capacidad predeterminada del Proveedor de CS. 2. Contactar al Miembro remitido para el servicio de CS autorizado lo antes posible, incluyendo realizar un contacto inicial dentro de las 24 horas de la asignación. 3. Responder a llamadas entrantes u otros contactos de miembros, incluyendo mantener una línea telefónica dotada de personal o capaz de grabar correo de voz 24 horas al día, siete días a la semana.	**Para cada servicio de CS que desee proporcionar:** 1. Describa sus estrategias actuales de difusión y para lograr participación y cómo tiene previsto usted cumplir los requisitos de contacto y participación de GCHP. 2. Describa su proceso de recepción de remisiones y la forma en que usted se comunica con GCHP y los miembros remitidos para asegurar el contacto y participación oportunos. **Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que esté interesado en proporcionar):**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
Área Obligatoria 1E	**Inscripción y Consentimiento del Miembro** El Proveedor de CS será responsable de obtener y documentar la inscripción voluntaria del miembro para participar en CS. **El proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:** 1. El proveedor de CS obtendrá y documentará que cada Miembro asignado está de acuerdo en recibir CS. 2. Cuando lo exijan las leyes federales, el proveedor de CS se asegurará que los miembros autorizan compartir información con GCHP y todas las demás personas que participen en la atención al Miembro, según sea necesario, para apoyar al miembro y maximizar los beneficios de los CS. 3. El proveedor de CS obtendrá y documentará la autorización del Miembro para comunicarse electrónicamente con el Miembro y/o familiar(es), tutor legal, cuidador y/o persona(s) autorizada(s) de apoyo, si tiene intención de hacerlo.	**Para cada servicio de CS que desee proporcionar:** 1. Describa su proceso actual de inscripción de miembros o de consentimiento de miembros para participar en el programa, y la forma en que su documentación documenta, almacena y comparte esta información con GCHP. Si actualmente no tiene un proceso, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito. 2. Describa la forma en que usted obtendrá y documentará la autorización del miembro relacionada con compartir y comunicar datos. **Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que esté interesado en proporcionar):**
Área Obligatoria 1F	**Coordinación de Atención** El proveedor de CS es responsable de coordinar la atención al miembro con otros Proveedores incluyendo el proveedor de Administración de Atención Mejorada (ECM), el Médico de Atención Primaria (PCP), otros proveedores de CS, GCHP, y otros, según sea apropiado. **El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:** 1. Coordinarse con otros Proveedores que estén el equipo de atención del miembro, incluyendo el proveedor de ECM según sea aplicable, y GCHP; 2. Evaluar si un miembro que no participa en ECM reúne los requisitos de ECM y, si es así, presentar una remisión a ECM para el miembro. 3. Si se interrumpe un CS por cualquier motivo, el proveedor de CS apoyará la planificación de transición para el miembro a otros programas o servicios que cubran sus necesidades.	**Para cada servicio de CS que desee proporcionar:** 1. Describa la forma en que usted coordina la atención con otros proveedores en el equipo de atención al miembro. 2. Describa la forma en que usted comunica y comparte información con otros proveedores y completa el proceso de cualquier planificación de transición y/o coordinación de atención que pueda necesitar el miembro. 3. Si actualmente no tiene un proceso de coordinación de atención, por favor, describa cómo tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP. 4. Describa el proceso existente para dar el alta a los clientes de su(s) programa(s) y hacer la transición a otros servicios adecuados. **Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que esté interesado en proporcionar):**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
Área Obligatoria 1G	**Remisión a Servicios Comunitarios y de Apoyo:** Se recomienda al Proveedor de CS identificar servicios adicionales de CS de los que pueda beneficiarse el Miembro y enviar petición(es) adicional(es) de servicios de CS para que los autorice GCHP.	**Para cada servicio de CS que desee proporcionar:** 1. Describa la forma en que usted identifica actualmente las necesidades de servicios comunitarios y de apoyo del miembro. 2. Describa la forma en que usted ayuda al miembro a conectar con nuevos recursos en la comunidad. ¿Cómo hace usted seguimiento con el miembro para asegurarse de que se prestaron los servicios (es decir, remisiones de circuito completo)? Si es aplicable, ¿utiliza usted alguna plataforma de recursos para compartir recursos comunitarios o hacer seguimiento de remisiones? 3. Si no tiene usted un proceso actualmente en marcha, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP. **Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que esté interesado en proporcionar):**
Área Obligatoria 1H	**Requisitos de Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropiados y Sin Discriminación:** **El proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:** 1. El proveedor de CS debe cumplir los requisitos de competencia lingüística y cultural y de Selecciones de Formatos Alternativos (AFS, por sus siglas en inglés) que establezca el requisito anual de capacitación de GCHP. 2. Cumplir los requisitos de no discriminación que establezcan las leyes estatales y federales y el Contrato con GCHP. 3. El Proveedor de CS debe demostrar un historial de servir a miembros de Medi-Cal de una forma equitativa, no discriminatoria y basada en la comunidad.	1. Describa la forma en que su organización brinda servicios cultural y lingüísticamente apropiados. Indique cualquier capacitación del personal relevante o servicios que usted ofrece para cumplir este requisito. 2. Describa la forma en que usted proporciona acceso a servicios de traducción o interpretación, incluyendo TTY para personas con dificultades auditivas, o braille o impresión con letra grande para las personas con dificultades visuales, para ayudar a los miembros que participan en sus servicios / programas. Esto puede incluir el uso de recursos de GCHP. 3. Indique en qué idiomas se ofrecen sus servicios para cubrir las necesidades de sus miembros. 4. Describa la forma en que su organización proporciona servicios de una forma equitativa y no discriminatoria. **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
Área Obligatoria 1I	**Reclamos y Presentación / Pago de Facturas:** El Proveedor de CS registrará, generará y enviará un reclamo a GCHP por los servicios de CS prestados en el formato estándar (archivo 837) O enviará una factura a GCHP en el formato de Excel especificado por el DHCS. El Proveedor de CS debe tener servicios de autorización de CS para recibir pago por la prestación de servicios. El Proveedor de CS debe disponer de un mecanismo para aceptar el pago por parte de GCHP por los servicios autorizados y prestados.	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. 2. Si no tiene un proceso actual, indique la forma en que tiene previsto presentar reclamos o facturas por el/los servicio(s) de CS que desea proporcionar. ¿Qué ayuda necesita de GCHP para desarrollar este proceso? **Respuesta del Solicitante:**
Área Obligatoria 1J	**Compartir Datos para Apoyar los CS:** 1. Intercambio de archivos de datos a. Miembros que potencialmente reúnan los requisitos. b. PHI de los miembros asignados. c. Respuesta de estado del programa. 4. Informes a. Contacto y participación de miembros. b. Informe(s) suplementarios obligatorios del DHCS. 3. Requisitos de Privacidad y Seguridad a. HIPAA. b. 42 CFR Parte 2.	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. 2. Describa qué plataformas de intercambio de datos utiliza actualmente su organización. 3. Describa la forma en que usted cumple 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. 4. Describa si usted aporta información requerida a informes suplementarios que requiere el DHCS (por ejemplo, Informe trimestral de Seguimiento de Implementación de CS), y si es así, la forma en que lo hace. 5. Si no tiene un proceso actual, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP. **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
Área Obligatoria 1K	**Seguimiento y Supervisión:** El proveedor de CS debe cooperar con actividades de supervisión y seguimiento de GCHP para asegurar el cumplimiento de los requisitos de servicios de Apoyos Comunitarios. El proveedor de CS debe cumplir las actividades de seguimiento de GCHP, incluyendo informes, auditorías y acciones correctoras obligatorios, entre otras actividades de supervisión.	1. Describa su experiencia en ser objeto de seguimiento y supervisión por parte de otra entidad con la que haya tenido contrato para prestar un servicio(s) de CS. 2. Describa las auditorías internas que realiza y las auditorías externas en las que ha participado. **Respuesta del Solicitante:**

Secciones Específicas de CS 2-12: Los proveedores potenciales de CS deben completar las secciones específicas de CS que sean aplicables a los servicios de CS que pueda ofrecer su organización.

Servicios de Navegación de Transición de Vivienda

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
2A	**Descripción del CS** Los proveedores deben ayudar a los miembros de GCHP a obtener vivienda y tener la capacidad de proporcionar la totalidad de los 15 servicios enumerados a continuación. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente (marque todos los que apliquen):** ☐ 1. Realizar una evaluación de inquilinos y evaluación de vivienda que identifique las preferencias y barreras del participante relacionadas con el éxito del arrendamiento. La evaluación puede incluir recoger información sobre las necesidades de vivienda del participante, posibles barreras para la transición de vivienda, e identificación de barreras para la conservación de vivienda. ☐ 2. Desarrollar un plan individualizado de apoyo a vivienda basado en la evaluación de vivienda que aborde las barreras identificadas, incluya metas mesurables a corto y largo plazo para cada problema, establezca el enfoque del participante para cumplir la meta, e identifique cuándo pueden ser necesarios para cumplir la meta otros proveedores o servicios, tanto reembolsados como no reembolsados por parte de Medi-Cal. ☐ 3. Buscar vivienda y presentar opciones. ☐ 4. Ayudar a obtener vivienda, incluyendo completar solicitudes de vivienda y obtener la documentación relacionada (por ejemplo, tarjeta de Seguro Social, acta de nacimiento, historial anterior de arrendamientos). ☐ 5. Ayudar con la defensa de beneficios, incluyendo ayuda para obtener identificación y documentación para elegibilidad para SSI y apoyar el proceso de solicitud de SSI. Este servicio puede ser subcontratado externamente para contratar el conjunto de habilidades especializadas necesarias. ☐ 6. Identificar y obtener los recursos disponibles para ayudar con alquiler subvencionado (como Sección 8, programas de ayuda estatales y locales, etc.) y poner a disposición de los miembros los recursos disponibles de subvenciones al alquiler.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa su experiencia en hacer participar a miembros con condiciones complejas de salud, discapacidad y/o salud del comportamiento. 3. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 4. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 5. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? 6. Describa cualquier estrategia de difusión basada en la calle que utilice usted actualmente o planee utilizar para este servicio de CS. **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
	☐ 7. Si está incluido en el plan de apoyo a la vivienda, identificar y obtener recursos para cubrir gastos, tales como depósito de seguridad, costos de mudanza, ayudas adaptativas, modificaciones del entorno, costos de mudanza y otros gastos de una sola vez. (Nota: el pago real de estos depósitos de vivienda y gastos de mudanza es un servicio de CS independiente dentro de Depósitos de Vivienda.) ☐ 8. Ayudar con peticiones de adaptaciones razonables, si es necesario. ☐ 9. Educación y participación de arrendadores. ☐ 10. Asegurarse que el entorno de vida es seguro y está listo para mudarse. ☐ 11. Comunicarse y defender al cliente ante los arrendadores. ☐ 12. Ayudar a organizar y apoyar los detalles de la mudanza. ☐ 13. Establecer procedimientos y contactos para conservar la vivienda, incluyendo desarrollar un plan de crisis de apoyo a la vivienda que incluya prevención y servicios de intervención temprana cuando se pone en peligro la vivienda. (Nota: Los servicios asociados con el plan de crisis son un servicio de CS dentro de los Servicios de Arrendamiento y Sostenimiento de Vivienda.) ☐ 14. Identificar, coordinar, obtener o financiar transporte no médico no de emergencia para ayudar a la movilidad de los miembros, para asegurar adaptaciones razonables y acceso a opciones de vivienda antes de la transición y el día de la mudanza. ☐ 15. Identificar, coordinar, modificaciones ambientales para instalar adaptaciones necesarias para la accesibilidad.	
2B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas** • Experiencia atendiendo a personas que sufren indigencia. • **Admisión, Registro, Evaluación:** Experiencia en realización de una evaluación de necesidades de vivienda. • **Defensa de Beneficios:** Experiencia con defensa de beneficios para miembros, pacientes y clientes, como completar elegibilidad para SSI y apoyar el proceso de solicitud / apelaciones. • **Gestión de Caso / Navegación de Salud:** Experiencia en brindar atención a clientes incluyendo concertar citas, transporte y programación adecuada para incrementar la independencia y las habilidades de vida. • **Planificación y Navegación de Servicios de Vivienda:** Experiencia en desarrollar un plan de apoyo a vivienda para miembros, pacientes y clientes. • Experiencia con búsqueda de vivienda y completar planes de apoyo a vivienda para miembros, pacientes y clientes.	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. ¿Tiene su organización una cuenta HMIS de lectura/escritura? 3. ¿Utiliza su organización atención basada en trauma, y/o prácticas de reducción de daño? ¿Cómo entrenan ustedes al personal e implementan estas prácticas? 4. ¿Ofrece su organización algún servicio de apoyo para ayudar a mitigar posibles barreras en la búsqueda de vivienda (por ejemplo, transporte, cuidado de niños)? Si es así, ¿cuáles? 5. Si está disponible, ¿cuál es su tasa de colocación de vivienda para clientes / pacientes? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
	• Experiencia en resolver problemas de arrendamiento para miembros, pacientes y clientes. • Experiencia en ofrecer acompañamiento a citas. • Tener acceso a Sistema Coordinado de Entrada (CES) y enlace con Continuidad de Atención (CoC) local.	
2C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:** N/A
2D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este Servicio de CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. 3. ¿Incluye usted actualmente a pares y/o personas con experiencia vivida de indigencia en su modelo de prestación de servicio? Si es así, por favor, describa su papel en su prestación del servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Depósitos de Vivienda

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
3A	**Descripción del CS** Los proveedores deben ayudar a identificar, coordinar, asegurar o financiar servicios y modificaciones en una sola vez necesarios para permitir a un miembro de GCHP crear un hogar básico que no constituya habitación y alojamiento. Los proveedores deben tener la capacidad de proporcionar la totalidad de los seis servicios de Depósitos de Vivienda. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente (marque todos los que apliquen):** ☐ 1. Depósitos de seguridad necesarios para obtener el arrendamiento de un apartamento o vivienda. ☐ 2. Gastos / depósitos iniciales de acceso a servicios públicos o servicios y atrasos de servicios públicos. ☐ 3. Cobertura del primer mes de servicios públicos, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, teléfono, gas, electricidad, calefacción y agua. ☐ 4. Alquiler del primer y el último mes según exija el arrendador para la ocupación. ☐ 5. Servicios necesarios para la salud y seguridad de la persona, tales como eliminación de plagas y limpieza en una sola vez antes de la ocupación. ☐ 6. Artículos como un acondicionador de aire o calefactor, y otras ayudas y servicios adaptados médicamente necesarios, diseñados para conservar la salud y seguridad del individuo en el hogar, tales como camas hospitalarias, elevadores Hoyer, filtros de aire, suministros especializados de limpieza o control de plagas, etc., que sean necesarios para asegurar el acceso y la seguridad para la persona una vez se mude a la vivienda.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios; por ejemplo, cómo ayudan ustedes con los depósitos de seguridad requeridos para obtener un arrendamiento de un apartamento o una vivienda; cobertura del primer mes para acceso a servicios o servicios públicos y cómo conseguir servicios públicos; y alquiler del primer y último mes según exija en arrendador para la ocupación. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 3. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarlas? 4. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
3B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. Describa sus capacidades de atender a lo siguiente: • Personas relacionadas con vivienda permanente. • Personas que carecen de fondos para pagar los costos iniciales de vivienda. • Personas que tienen recursos financieros para cubrir el costo de los gastos de vivienda cada mes. 3. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente su organización en proporcionar depósitos de vivienda, una vez se han aprobado para un miembro específico? Indique con qué frecuencia se entregan los fondos, los tiempos de procesamiento, y la capacidad de entregar fondos a más tardar al Final del Día Comercial si es necesario. 4. ¿Tiene usted algún acuerdo de paquete de contratación u otro con proveedores para proporcionar muebles y cosas necesarias para la vivienda de una forma rápida y efectiva en cuanto a costos? **Respuesta del Solicitante:**
3C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
3D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Servicios de Arrendamiento y Sostenimiento de Vivienda

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
4A	**Descripción del CS** Los proveedores deben ofrecer servicios de arrendamiento y sostenimiento, con la meta de mantener un arrendamiento seguro y estable una vez que se obtenga vivienda. Los proveedores deben tener la capacidad de proporcionar la totalidad de los 13 servicios enumerados a continuación. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente (marque todos los que apliquen):** ☐ 1. Proporcionar identificación e intervención tempranas para comportamientos que puedan poner en peligro la vivienda, como retrasos en el pago del alquiler, acumulación de objetos, consumo de sustancias y otras infracciones del arrendamiento. ☐ 2. Educación y capacitación sobre el papel, derechos y responsabilidades del inquilino y del arrendador. ☐ 3. Entrenamiento para desarrollar y mantener relaciones clave con arrendadores / administradores de propiedad con el objetivo de fomentar el éxito del arrendamiento. ☐ 4. Coordinación con el arrendador y el proveedor de administración de caso para abordar problemas identificados que pudieran afectar a la estabilidad en la vivienda. ☐ 5. Ayuda para resolver disputas con arrendadores y/o vecinos para reducir el riesgo de desalojo u otras acciones negativas, incluyendo desarrollar un plan de pago o identificar fondos en situaciones en las que el cliente debe alquileres atrasados o pagos por daños a la unidad. ☐ 6. Defensa y conexión a recursos comunitarios para evitar el desalojo cuando la vivienda está en peligro o podría estarlo potencialmente. ☐ 7. Ayudar con defensa para beneficios, incluyendo ayuda para obtener identificación y documentación para SSI y apoyar el proceso de solicitud de SSI. Este servicio puede ser subcontratado externamente para contratar el conjunto de habilidades especializadas necesarias. ☐ 8. Ayuda con el proceso anual de recertificación para vivienda. ☐ 9. Coordinarse con el inquilino para revisar, actualizar y modificar su plan de apoyo y crisis de vivienda con regularidad para reflejar las necesidades actuales y abordar barreras para la conservación de vivienda existentes o recurrentes.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa brevemente la forma en que usted proporciona identificación e intervención temprana para comportamientos que pueden poner en peligro la vivienda, tales como retraso en el pago de alquiler, acumulación de objetos, consumo de sustancias y otras infracciones del arrendamiento. 3. Describa brevemente su proceso para ayudar a resolver disputas con arrendadores y/o vecinos para reducir el riesgo de desalojo u otras acciones negativas, incluyendo desarrollar un plan de pago o identificar fondos en situaciones en las que el cliente debe alquileres atrasados o pagos por daños a la unidad. 4. Describa brevemente su proceso para realizar visitas de salud y seguridad, incluyendo inspecciones de habitabilidad de la vivienda. ¿Qué herramientas de evaluación, listas de comprobación utiliza usted? 5. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 6. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 7. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
	☐ 10. Ayuda continuada con el cumplimiento del arrendamiento, incluyendo apoyo continuo con actividades relacionadas con gestión de vivienda. ☐ 11. Visitas de salud y seguridad, incluyendo inspecciones de habitabilidad de la unidad. ☐ 12. Otros servicios de prevención e intervención temprana identificados en el plan de crisis que se activen cuando la vivienda estén en peligro (por ejemplo, ayudar con peticiones de acomodaciones razonables que no eran necesarias inicialmente en el momento de la mudanza). ☐ 13. Proporcionar habilidades de vida independiente, incluyendo ayuda y capacitación para hacer presupuestos, incluyendo alfabetización financiera y conexión a recursos comunitarios.	
4B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas** Experiencia en servir a personas que sufren indigencia. **Planificación y Navegación de Servicios de Vivienda:** 1. Experiencia en desarrollar un plan de apoyo de vivienda para miembros, pacientes y clientes. 2. Experiencia en buscar vivienda y completar un plan de apoyo a vivienda para miembros, pacientes y clientes. 3. Experiencia en resolver problemas de arrendamiento para miembros, pacientes y clientes, incluyendo resolución de problemas con vecinos.	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. ¿Participa su organización en el Sistema Coordinado de Entrada (CES, por sus siglas en inglés)? Si es así, ¿cómo? 3. ¿Tiene su organización una cuenta HMIS de lectura / escritura? 4. ¿Utiliza su organización atención basada en trauma, y/o prácticas de reducción de daño? ¿Cómo entrenan ustedes al personal e implementan estas prácticas? 5. Si está disponible, ¿cuál es su tasa de retención de vivienda para clientes / pacientes? 6. ¿Durante cuánto tiempo suele proporcionar estos servicios, después de la vivienda? 7. ¿Tiene su organización la capacidad de emitir cheques a terceros para ayudar con problemas de vivienda de los miembros, como limpieza, etc.? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
4C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**
4D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este Servicio de CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. 3. ¿Incluye usted actualmente a pares y/o personas con experiencia vivida de indigencia en su modelo de prestación de servicio? Si es así, por favor, describa su papel en su prestación de servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Vivienda a Corto Plazo después de Hospitalización

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
5A	**Descripción del CS** Los proveedores deben proporcionar a los miembros de GCHP que no tengan residencia y que tengan altas necesidades de salud médica o del comportamiento la oportunidad de continuar su recuperación médica / psiquiátrica / de trastorno por consumo de sustancias inmediatamente tras dejar de estar ingresados en un hospital (ya sea de agudos o psiquiátrico o de Dependencia Química y Recuperación), centro residencial de tratamiento para consumo de sustancias o recuperación, centro residencial de tratamiento de salud mental, centro correccional, centro de enfermería o cuidados de recuperación. Los proveedores deben tener la capacidad de proporcionar la totalidad de los tres servicios enumerados a continuación. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente (marque todos los que apliquen):** ☐ 1. Apoyos continuos necesarios para la recuperación, como obtener (o recuperar) la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, recibir atención necesaria médica / psiquiátrica / por trastorno por consumo de sustancias, gestión de caso y comenzar a acceder a otros apoyos de vivienda, como Servicios de Navegación de Transición de Vivienda. ☐ 2. Realizar una evaluación de vivienda. ☐ 3. Desarrollar un plan de apoyo de vivienda individualizado para identificar preferencias y barreras que impidan el éxito en el arrendamiento tras Vivienda a Corto Plazo después de Hospitalización.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios a personas que tengan necesidades altas médicas o de salud del comportamiento. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa su experiencia en realizar una evaluación individualizada de necesidades que identifique las preferencias del Miembro y las barreras a las que se enfrenta. ¿Qué herramienta de evaluación utiliza? ¿Cómo documenta los hallazgos en el plan individualizado de apoyo de vivienda? ¿Qué sistema utiliza para esta documentación? 3. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 4. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 5. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores

5B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**
	• Experiencia en atender a personas que sufren indigencia.
	• **Defensa de Beneficios:** Experiencia en defensa de beneficios para miembros, pacientes y clientes, como completar el proceso de elegibilidad para SSI y apoyar el proceso de solicitud / apelaciones.
	• **Planificación y Navegación de Servicios de Vivienda:** Experiencia en desarrollar un plan de apoyo a vivienda para miembros, pacientes y clientes
	• Experiencia en búsqueda de vivienda y completar plan de apoyo a vivienda para miembros, pacientes y clientes.
		Algunos ejemplos de buenas prácticas específicas incluyen:
		• Acceso para Sillas de Ruedas / Apoyos ADA.
		• Conexiones informales con proveedores permanentes de viviendas de apoyo.
		• Servicios de salud y/o salud del comportamiento ubicados conjuntamente.
		
		1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio?
		2. Describa sus capacidades y experiencia en servir a los siguientes:
		  • Personas que sufren indigencia.
		  • Personas que son dadas de alta de un entorno en el que estaban ingresados.
		  • Personas en riesgo de reingreso debido a necesidades de salud médica o del comportamiento.
		  • Personas con Trastornos de Salud Mental y/o por Consumo de Sustancias.
		3. ¿Participan sus proveedores en el programa de Puente a MAT (Tratamiento Asistido por Medicamentos, por sus siglas en inglés)?
		4. ¿Participa su organización en el Sistema Coordinado de Entrada (CES, por sus siglas en inglés)? Si es así, ¿cómo?
		5. ¿Tiene su organización una cuenta HMIS de lectura/escritura?
		6. ¿Utiliza su organización atención basada en trauma, y/o prácticas de reducción de daño? ¿Cómo entrenan ustedes al personal e implementan estas prácticas?
		7. ¿Cuál es su tasa de colocación permanente en vivienda procedente de vivienda a corto plazo tras hospitalización, si está disponible?
		8. ¿Cuáles son sus "normas de la casa"? ¿Qué haría que se pidiera a un miembro que abandonara las instalaciones?
		9. ¿Alguno de sus protocolos o políticas han cambiado para responder a la Emergencia de Salud Pública por el COVID-19?
		10. ¿Qué actividades recreativas y sociales o talleres, si los hay, ofrecen en el lugar para apoyar la rehabilitación?

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
5C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:** N/A
5D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para proporcionar este CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Cuidados de Recuperación (Relevo Médico)

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
6A	**Descripción del CS** Los proveedores deben proporcionar cuidados residenciales a corto plazo a personas que ya no necesitan hospitalización, pero todavía necesitan sanar de una lesión o enfermedad (incluyendo condiciones de salud del comportamiento) y cuya condición se agravaría por un entorno de vida inestable. Los proveedores deben tener la capacidad de proporcionar la totalidad de los seis servicios enumerados a continuación. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente (marque todos los que apliquen):** ☐ 1. Vivienda temporal con cama y comidas y supervisión continua de la condición continua de salud médica o del comportamiento de la persona (por ejemplo, vigilancia de signos vitales, evaluaciones, cuidado de heridas, supervisión de medicamentos). ☐ 2. Ayuda limitada o a corto plazo con Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y/o ADL. ☐ 3. Coordinación de transporte a citas después del alta ☐ 4. Conexión con otros servicios continuos que pueda necesitar una persona, incluyendo servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias. ☐ 5. Apoyo en el acceso a beneficios y vivienda. ☐ 6. Ganar estabilidad con relaciones y programas de gestión de caso.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios a personas con condiciones complejas de salud, discapacidad y/o salud del comportamiento. ¿Cuántas camas hay disponibles en su centro de cuidados de recuperación? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 3. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 4. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
6B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas** Experiencia en proporcionar coordinación de atención y enlaces a citas de salud médica y del comportamiento a clientes, incluyendo concertar citas, transporte y programación adecuada para incrementar la independencia y las habilidades de vida para preparar para el alta desde las instalaciones de Cuidados de Recuperación y transición a la siguiente colocación de vivienda.	**Algunos ejemplos de buenas prácticas específicas incluyen:** • Acceso para Sillas de Ruedas / Apoyos ADA. • Conexiones informales a proveedores de vivienda de apoyo temporal o permanente. • Conexiones a cuidados de hospicio y/o cuidados paliativos. • Servicios de salud y/o salud del comportamiento ubicados conjuntamente. 1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. Participa su organización en el Sistema Coordinado de Entrada (CES, por sus siglas en inglés)? Si es así, ¿cómo? 3. ¿Tiene su organización una cuenta HMIS de lectura / escritura? 4. ¿Utiliza su organización atención basada en trauma, y/o prácticas de reducción de daño? ¿Cómo entrenan ustedes al personal e implementan estas prácticas? 5. ¿Cuál es su tasa de colocación de vivienda desde cuidados de recuperación? 6. ¿Cuáles son sus "normas de la casa"? ¿Qué haría que se pidiera a un miembro que abandonara las instalaciones? 7. ¿Alguno de sus protocolos o políticas han cambiado para responder a la Emergencia de Salud Pública actual? 8. ¿Qué actividades recreativas y sociales o talleres, si los hay, ofrecen en el lugar para apoyar la rehabilitación? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
6C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**
6D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este Servicio de CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Servicios de Relevo (para Cuidadores)

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
7A	**Descripción del CS** Los proveedores deben proporcionar servicios de relevo a cuidadores de miembros de GCHP que requieran supervisión temporal intermitente. Los servicios se proporcionan a corto plazo debido a la ausencia o necesidad de relevo de aquellas personas que normalmente los cuidan y/o supervisan y son de naturaleza no médica. Los servicios de relevo se pueden proporcionar a domicilio o en una ubicación autorizada fuera del hogar. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente (marque todos los que apliquen):** ☐ 1. Servicios proporcionados por horas de forma ocasional por la ausencia o necesidad de relevo de aquellas personas que normalmente proporcionan cuidado a las personas. ☐ 2. Servicios proporcionados por días / durante la noche a corto plazo por la ausencia o necesidad de relevo de aquellas personas que normalmente proporcionan cuidado a las personas. ☐ 3. Servicios que atienden a las necesidades básicas de autoayuda del participante y otras actividades de la vida diaria, incluyendo interacción, socialización y continuación de rutinas diarias usuales que por lo general serían realizadas por aquellas personas que normalmente lo cuidan y/o supervisan.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización 2. Describa cualesquiera servicios o actividades que usted actualmente subcontrata o remite a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio 3. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 4. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
7B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**	1. Por favor, describa las capacidades y cualesquiera buenas prácticas de su proveedor. 2. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? **Respuesta del Solicitante:**
7C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**
7D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este Servicio de CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Servicios de Cuidado Personal y Tareas del Hogar

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
8A	**Descripción del CS** Los Servicios de Cuidado Personal y Tareas del Hogar se proporcionan a personas que necesitan ayuda con Actividades de la Vida Diaria (ADL, por sus siglas en inglés), como bañarse, vestirse, usar el baño, ambulación o alimentarse. Los servicios de Cuidado Personal también pueden incluir ayuda con Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL), como preparación de comidas, compra de alimentos y gestión del dinero. Este servicio de CS solo debe utilizarse si es apropiado y si el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del Departamento de Servicios Sociales no autoriza horas/apoyos adicionales. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente (marque todos los que apliquen):** ☐ 1. Ayuda con Actividades de la Vida Diaria (ADL) como bañarse, vestirse, usar el baño, ambulación o alimentarse. ☐ 2. Ayuda con Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL) como preparación de comidas, compra de alimentos y gestión de dinero. ☐ 3. Limpieza del hogar y lavado de ropa. ☐ 4. Acompañamiento a citas médicas. ☐ 5. Supervisión de protección para las personas con discapacidades mentales.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Por favor, aporte datos específicos sobre la forma en que trabaja usted con cualesquiera subcontratistas para complementar servicios a domicilio. 3. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 4. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
8B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. Describa la capacidad/experiencia de su organización prestando servicios a: • Personas que necesitan supervisión y/o ayuda con ADL / IADL. • Personas que han solicitado o son elegibles para Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). • La persona tiene un hogar en el que se prestarán los servicios; o reside en una ubicación temporal estable en la que pueda recibir estos servicios. • Personas que sufren indigencia o que han sido indigentes recientemente. 3. ¿Cómo aborda su organización las posibles carencias en la cobertura de servicios debido a ausencias del personal? **Respuesta del Solicitante:**
8C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
8D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental (Modificaciones de Vivienda)

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
9A	**Descripción del CS** Los proveedores deben hacer adaptaciones físicas en la vivienda que sean necesarias para asegurar la salud, bienestar y seguridad de la persona, o permitir a los miembros de GCHP funcionar con mayor independencia en el hogar, sin lo cual el miembro necesitaría ser institucionalizado. Los proveedores deben tener la capacidad de proporcionar la totalidad de los servicios enumerados a continuación. **Por favor, indique cuáles de los ejemplos de modificaciones de vivienda ofrece actualmente a los clientes.** **Marque todos los que apliquen:** ☐ 1. Evaluación de terapia física u ocupacional e informe para evaluar la necesidad médica. ☐ 2. Obtener un mínimo de dos ofertas de proveedores adecuados para el servicio solicitado. ☐ 3. Proporcionar visitas a la vivienda para determinar si es adecuado cualquier equipo o servicio solicitado. ☐ 4. Rampas y barras de agarre para ayudar a los beneficiarios a acceder a la vivienda. ☐ 5. Ampliación de las puertas para beneficiarios que necesiten silla de ruedas. ☐ 6. Elevadores para escaleras. ☐ 7. Convertir un baño o una regadera en accesible para sillas de ruedas (por ejemplo, construir una ducha en la que se pueda entrar con la silla de ruedas). ☐ 8. Instalación de sistemas eléctricos y de plomería especializados que sean necesarios para acomodar el equipo y suministros médicos del beneficiario. ☐ 9. Instalación y pruebas de un Sistema Personal de Respuesta de Emergencia (PERS) para personas que estén solas durante partes significativas del día sin un cuidador y que de lo contrario necesitarían supervisión de rutina (incluyendo costos de servicio mensual, según sea necesario). ☐ 10. Otros:	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización 2. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 3. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 4. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
9B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. Describa cualquier certificación que apoye la prestación de este servicio, como por ejemplo Especialista Certificado en Envejecimiento en el Hogar (CAPS). 3. Describa cualquier relación formal/informal con contratistas con licencia de CA que puedan instalar este tipo de modificaciones de vivienda (requisito del DHCS). **Respuesta del Solicitante:**
9C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**
9D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este servicio de CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Comidas / Comidas Médicamente Aceptadas / Comidas de Apoyo Médico

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
10A	**Descripción del CS** Los proveedores de CS deben proporcionar Comidas / Comidas Médicamente Adaptadas (MTM, por sus siglas en inglés) y/o Comidas de Apoyo Médico para los miembros elegibles de GCHP, para cumplir sus necesidades dietéticas individuales. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente (marque todos los que apliquen):** ☐ 1. Comidas entregadas a domicilio inmediatamente después del alta de un hospital o centro de enfermería cuando los miembros son más vulnerables a reingreso. ☐ 2. MTM: comidas proporcionadas al miembro en casa que cumplan las necesidades dietéticas únicas de quienes tienen enfermedades crónicas. ☐ 3. Las MTM son adaptadas a las necesidades médicas del miembro por parte de un Dietista Registrado (RD) u otro profesional de nutrición certificado, de forma que reflejen terapias dietéticas apropiadas basadas en directrices de práctica nutricional basadas en evidencias, para abordar diagnósticos médicos, síntomas, alergias, manejo de medicamentos, y efectos secundarios, para asegurar los mejores resultados posibles relacionados con la nutrición. ☐ 4, Servicios de alimentos y nutrición de apoyo médico, incluyendo proporcionar alimentos médicamente adaptados y vales para comida saludable.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios para cubrir las necesidades dietéticas únicas de la persona, incluyendo los que tienen condiciones crónicas. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa brevemente su experiencia en proporcionar servicios de nutrición y alimentos de apoyo médico, incluyendo abastecimiento de alimentos médicamente adaptados, vales de comida saludable y farmacias de alimentos. 3. Describa brevemente su proceso para asegurar que las comidas médicamente adaptadas son apropiadas para las necesidades dietéticas del miembro. ¿Utiliza usted un dietista registrado (RD) u otro profesional de nutrición certificado, para asegurar que las comidas reflejen terapias dietéticas apropiadas basadas en directrices de práctica nutricional basadas en evidencia, para abordar diagnósticos médicos, síntomas, alergias, manejo de medicamentos, y efectos secundarios, para asegurar los mejores resultados posibles relacionados con la nutrición? 4. Describa su modelo de servicio actual y duración del servicio. ¿Cómo trabajará usted con GCHP para determinar las necesidades dietéticas del miembro? 5. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 6. ¿Hay algunas actividades necesarias para este servicio de CS que usted no ofrece actualmente? Si es así, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarlas? 7. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
10B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. Describa los estándares nutricionales que utiliza su organización para informar sus servicios. Proporcione ejemplos de la forma en que usted cumple las directrices dietéticas específicas para abordar condiciones crónicas específicas, como Insuficiencia Cardiaca Congestiva, Diabetes, Enfermedad Renal, etc. 3. Describa la forma en que usted desarrolla comidas médicamente adaptadas basadas en directrices de práctica nutricional basada en evidencias, bajo la supervisión de un Dietista Registrado (RD) u otro profesional de nutrición certificado. 4. Describa la forma en que usted proporciona comidas cultural y médicamente apropiadas para una población diversa. 5. Describa su experiencia atendiendo a clientes después del alta hospitalaria o centro de enfermería que serían más vulnerables a reingreso sin apoyo de MTM. 6. Si es aplicable, describa su experiencia en proporcionar compras de alimentos médicamente adaptados y/o vales de comida saludable. **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
10C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**
10D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. 3. Indique cuántos Dietistas Registrados o profesionales de nutrición certificados están en su personal y su papel en su prestación de servicios. **Respuesta del Solicitante:**

Centros de Sobriedad

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
11A	**Descripción del CS** Los centros de sobriedad son instalaciones para personas a las que se encuentra intoxicadas en público (debido a alcohol y/u otras drogas) que de lo contrario serían trasladadas a departamentos de emergencias de hospitales o a la cárcel. Los centros proporcionan a las personas, principalmente las que están sin hogar o en situaciones de vida inestables, un entorno seguro y de apoyo para recuperar la sobriedad. Los centros de sobriedad ofrecen una variedad de servicios, incluyendo triaje médico, pruebas de laboratorio, refugio temporal, servicio de rehidratación y comidas, tratamiento para náuseas, cambios de heridas y vendajes, instalaciones de duchas y lavandería, educación sobre consumo de sustancias, consejería y navegación para servicios adicionales sobre consumo de sustancias u otros servicios de salud necesarios, y servicios de apoyo para atención a indigentes. Los proveedores deben participar en los cuatro apartados que se enumeran a continuación. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes usted proporciona actualmente (marque todos los que apliquen):** ☐ 1. Cuando se utiliza este servicio, es obligatoria la coordinación directa con la agencia de salud del comportamiento del condado y se recomiendan encarecidamente transiciones sin interrupciones a servicios adicionales de salud del comportamiento. ☐ 2. El servicio también incluye detección y conexión a servicios de apoyo continuo, tales como opciones de seguimiento de tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, según sea apropiado. ☐ 3. Este servicio requiere colaboración con fuerzas del orden, personal de emergencia y equipos de difusión para identificar y desviar a las personas a los centros de sobriedad. Los centros de sobriedad deben estar preparados para identificar clientes con condiciones de salud física emergentes y organizar transporte a un hospital o fuente apropiada de atención médica. ☐ 4. Los servicios proporcionados deben utilizar buenas prácticas para clientes indigentes y que tengan condiciones complejas de salud y/o salud del comportamiento, incluyendo Vivienda Primero, Reducción de Daño, Participación Progresiva, Entrevistas Motivacionales y Atención Basada en Trauma.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa las relaciones de su organización con el sistema carcelario. 3. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 4. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 5. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
11B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. Describa la forma en que su organización emplea estas buenas prácticas recomendadas (según el Colegio de Médicos de Emergencia de los Estados Unidos): • Los centros de sobriedad deben tener un modelo que priorice vivienda. • Utilizar Reducción de Daño, Participación Progresiva, Entrevistas Motivacionales y/o Atención Basada en Trauma de forma eficaz. 3. Describa la política de su organización sobre atender a personas que consumen sustancias que no sean alcohol, o cualquier plan de hacerlo en el futuro. **Respuesta del Solicitante:**
11C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
11D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este Servicio de CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Alivio del Asma

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
12A	**Descripción del CS:** Los proveedores deben proporcionar modificaciones físicas del entorno de la vivienda que sean necesarias para garantizar la salud, bienestar y seguridad de la persona, o permitir a la persona funcionar en casa y sin las cuales los episodios agudos de asma podrían hacer necesarios servicios de emergencia y hospitalización. Los proveedores deben tener capacidad de proporcionar todos los servicios enumerados a continuación. **Por favor, indique cuáles de los ejemplos de alivio del asma ofrece actualmente a los clientes.** **Marque todos los que apliquen:** ☐ 1. Fundas de almohadas y colchones impermeables a alérgenos. ☐ 2. Aspiradores con filtro de partículas de aire de alta eficiencia (HEPA). ☐ 3. Servicios Integrados de Control de Plagas (IPM). ☐ 4. Deshumidificadores. ☐ 5. Filtros de aire. ☐ 6. Otras intervenciones de control de humedad ☐ 7. Servicios menores de eliminación y reducción de moho. ☐ 8. Mejoras en la ventilación. ☐ 9. Productos y suministros de limpieza no perjudiciales para el asma. ☐ 10. Otras intervenciones que se identifiquen como médicamente apropiadas y eficaces en cuanto a costos.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa brevemente la forma en que su organización evaluará el carácter apropiado de los servicios en colaboración con el proveedor que ha hecho la remisión. 3. Describa la forma en que usted realiza una visita a la vivienda para determinar el carácter adecuado de cualquier solución(es) solicitada(s). Indique el plazo para completar visitas a la vivienda una vez se ha recibido la remisión del miembro e identifique los miembros del personal responsables de completar las visitas a la vivienda. 4. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 5. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 6. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
12B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. Describa la forma en que usted evalúa las necesidades del miembro y desarrolla el plan de mitigación / cuidado del asma. 3. Describa la forma en que usted utiliza la Prueba de Control de Asma para evaluar la elegibilidad del miembro. 4. Describa cualesquiera procesos para reducir el alto uso del departamento de emergencias debido a Asma, incluyendo comunicar y compartir planes de atención con otros proveedores, como farmacéuticos, PCP, etc. **Respuesta del Solicitante:**
12C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
12D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este Servicio de CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. 3. ¿Incluye usted actualmente Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW) y/o Promotoras en su modelo de prestación de servicio? Si es así, por favor, describa su papel en su prestación de servicio e indique los idiomas actuales disponibles en su programa de CHW. **Respuesta del Solicitante:**

Transición/Desvío de Centro de Enfermería

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
13A	**Descripción del CS:** Los servicios de Transición / Desvío de Centro de Enfermería ayudan a las personas a vivir en la comunidad y/o evitar la institucionalización siempre que sea posible. La meta es facilitar la transición desde un centro de enfermería de regreso a un entorno comunitario parecido al hogar y/o evitar ingresos en centros de enfermería especializada para miembros con necesidad inminente de nivel de atención (LOC) de centro de enfermería. Las personas tienen la elección de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a colocación a largo plazo en un centro de enfermería cuando cumplan los requisitos de elegibilidad. El proveedor de vida asistida es responsable de cubrir las necesidades del miembro, incluyendo Actividades de la Vida Diaria (ADL, por sus siglas en inglés), ADL Instrumentales (IADL), comidas, transporte, y administración de medicamentos, según sea necesario. Los proveedores deben tener capacidad de proporcionar todos los servicios enumerados a continuación. **Por favor, indique cuáles de los servicios siguientes ofrece actualmente a los clientes.** **Marque todos los que apliquen:** ☐ 1. Actividades de la Vida Diaria (ADL). ☐ 2. ADL Instrumentales (IADL). ☐ 3. Comidas. ☐ 4. Transporte. ☐ 5. Administración de Medicamentos. ☐ 6. Otros servicios que se identifiquen como médicamente apropiados y eficaces en cuanto a costos.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa brevemente la forma en que su organización evaluará el carácter apropiado de los servicios en colaboración con el proveedor que ha hecho la remisión. 3. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 4. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 5. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
13B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. Describa la forma en que usted evalúa las necesidades del miembro e identifica servicios apropiados de transición/desvío de servicios de enfermería para el miembro. **Respuesta del Solicitante:**
13C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
13D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este Servicio de CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Servicios de Transición a la Comunidad / Transición de Centro de Enfermería al Hogar

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
14A	**Descripción del CS:** Los Servicios de Transición a la Comunidad/Transición de Centro de Enfermería al Hogar ayudan a las personas a vivir en la comunidad y evitar más institucionalización. Los Servicios de Transición a la Comunidad/Transición de Centro de Enfermería al Hogar son gastos iniciales no recurrentes para personas que hacen la transición de un centro con licencia a una solución de vida en una residencia privada donde la persona es responsable directamente de sus gastos de vida. Los proveedores deben tener capacidad de proporcionar todos los servicios enumerados a continuación. **Por favor, indique cuales de los servicios siguientes ofrece actualmente a los clientes.** **Marque todos los que apliquen:** ☐ 1. Evaluar las necesidades de vivienda del miembro. ☐ 2. Ayudar a buscar y obtener vivienda. ☐ 3. Comunicarse con el arrendador y coordinar la mudanza. ☐ 4. Establecer procedimientos y contactos para conservar vivienda. ☐ 5. Identificar, coordinar, obtener o financiar transporte no médico no de emergencia. ☐ 6. Identificar la necesidad de financiación y coordinarla para modificaciones del entorno para instalar adaptaciones necesarias para la accesibilidad.	1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización. 2. Describa brevemente la forma en que su organización evaluará el carácter apropiado de los servicios en colaboración con el proveedor que ha hecho la remisión. 3. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio. 4. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla? 5. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
14B	**Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas**	1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio? 2. Describa la forma en que usted evalúa las necesidades del miembro e identifica servicios de vivienda apropiados para el miembro. **Respuesta del Solicitante:**
14C	**Criterios de Elegibilidad**	1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente? 2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización? **Respuesta del Solicitante:**

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
14D	**Personal y Capacidad del Proveedor**	1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este Servicio de CS. 2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio. **Respuesta del Solicitante:**

Gold Coast Health Plan℠
A Public Entity

Apoyos Comunitarios (CS)

Solicitud de Certificación de Proveedor

711 East Daily Drive, Suite 106, Camarillo, CA 93010
www.goldcoasthealthplan.org