Insert ADRC Agency Name

Insert Date

Insert Recipient Name & Address

Dear Recipient Name:

Thank you for contacting (insert ADRC name). Our records show that the person listed above has been screened by our agency for long-term care services.

This letter is to notify you that your recent telephone screening yielded a **priority score #1 (insert score)** and **rank # (insert rank)**. The priority scrore1 takes into account the amount of help needed, the amount of help available, and other factors. All callers are asked the same questions which produces prioritized waiting lists.

Based on your above rank, you are currently **not eligible** to be placed on the Statewide Medicaid Managed Care Long Term Care program (SMMC LTC) waitlist.

If you or your authorized representative believe the screening tool is not accurate and the priority score and rank are incorrect, you may request a Medicaid Fair Hearing within 90 days of this letter.  To request a Medicaid Fair Hearing, please contact the Office of Inspector General Appeal Hearings Section; 2415 North Monroe Street Suite 400; Tallahassee, FL 32303-4190; (850) 488-1429 phone; (850) 487-0662 fax; [appeal.hearings@myflfamilies.com](mailto:appeal.hearings@myflfamilies.com) email.

You, or your authorized representative,2 can contact (insert ADRC name) at (insert phone #) to request a rescreening if you have a significant change. A significant change is when any of the following happen:

1. A change in an individual’s health status after an accident or illness;
2. An actual or anticipated change in an individual’s living situation;
3. A change in the caregiver relationship;
4. Loss or damage to the individual’s home or deterioration of his or her home environment; or
5. Loss of the individual’s spouse or caregiver.

For more information about the SMMC LTC program, please visit the LTC website at:

<http://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml>

If you are on the waitlist for other programs and funding becomes available, you will be contacted. Some programs may require a co-pay. If funding does not become available for you, the Aging and Disability Resource Center will contact you in one year to update your information.

If you would like additional resources or have any questions, please call us at (insert ADRC #).

Kind regards,

(Insert ADRC Agency Name)

Attachment:

Notice of Privacy Practices

[[1]](#endnote-1)

1. 1 Priority Score – Automatically generated number based on a Department of Elder Affairs’ (DOEA) screening completed in accordance with rule 58A-1.010, Florida Administrative Code (F.A.C.).

   2 According to 409.962 F.S., an "authorized representative" means an individual who has the legal authority to make decisions on behalf of a potential Medicaid recipient in matters related to managed care plan or the screening and eligibility process. You or your Authorized Representative may request a copy of your screening by contacting us at the number above and following release of information procedures.

   Insert ADRC Agency Name

   Insert Date

   Insert Recipient Name & Address

   Estimado/a Recipient Name:

   Gracias por contactar a (insert ADRC name). Nuestros registros muestran que la persona mencionada en esta carta ha sido evaluada por nuestra agencia para obtener servicios de atención a largo plazo.

   Esta carta es para notificarle que su reciente evaluación vía telefónica produjo una **puntuación de prioridad #1 (insert score)** y **rango # (insert rank)**. La evaluación de prioridad1 toma en cuenta la cantidad de ayuda necesaria y disponible, entre otros factores. A todas las personas que llaman se les hacen las mismas preguntas, las cuales generan listas de espera prioritarias.

   En función a su rango arriba mencionado, usted actualmente **no cumple con los requisitos** para ser colocado en la lista de espera del Programa del Plan integral Estatal de Asistencia Medicaid (SMMC LTC).

   Si usted o su representante autorizado creen que la herramienta de evaluación no es precisa y que el puntaje de prioridad y rango son incorrectos, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid dentro de los 90 días siguientes de haber recibido esta carta. Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid, comuníquese con la sección de audiencias de apelación de la Oficina del Inspector General; 2415 North Monroe Street Suite 400; Tallahassee, FL 32303-4190; teléfono (850) 488-1429; facsímil (850) 487-0662; correo [appeal.hearings@myflfamilies.com](mailto:appeal.hearings@myflfamilies.com).

   Usted, o su representante autorizado2 puede ponerse en contacto con (insert ADRC name) al (insert phone #) para solicitar una nueva evaluación si usted ha tenido algún cambio importante. Un cambio importante es cuando ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

   1. Un cambio en el estado de salud de una persona después de un accidente o enfermedad.
   2. Un cambio real o anticipado en la situación de las condiciones de vivienda.
   3. Un cambio en la relación con el cuidador.
   4. Pérdida o daño de la vivienda o agravamiento de su entorno familiar.
   5. Fallecimiento del cónyuge o cuidador.

   Para obtener más información sobre el programa SMMC LTC, visite el sitio web de LTC (cuidado a largo plazo) en:

   <http://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml>

   Si usted está en la lista de espera para otros programas y los fondos se encuentran disponibles, nos pondremos en contacto con usted. Algunos programas pueden requerir que el cliente pague una porción por los servicios. Si los fondos no se encuentran disponibles para usted, el Centro de Recursos para la Tercera Edad y la Discapacidad (ADRC) se comunicará con usted en un año para actualizar su información.

   Si desea obtener recursos adicionales o tiene alguna pregunta, llámenos a (insert ADRC #).

   Atentamente,

   (Insert ADRC Agency Name)

   Adjunto:

   Aviso de políticas de privacidad

   1 Puntuación de prioridad: número generado automáticamente en base a una evaluación realizada por el Departamento del Adulto Mayor (DOEA) conforme a la Normativa Administrativa de Florida 58A-1.010 (F.A.C., por sus siglas en inglés).

   2 Conforme al artículo 409.962 de las leyes de Florida, un «representante autorizado» se refiere a una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones en nombre de un posible beneficiario de Medicaid en asuntos relacionados con el plan integral de asistencia o en el proceso de evaluación y admisibilidad. Usted o su representante autorizado puede solicitar una copia de su evaluación poniéndose en contacto con nosotros al número anteriormente mencionado y deberá seguir los procedimientos de transmisión de información. [↑](#endnote-ref-1)