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 and placed on the Priority List(s) that will best meet their needs, and for which they appear eligible.

This letter is to notify you that your recent telephone screening yielded a **priority score #1 (insert score)** and **rank # (insert rank)**. The priority score1 takes into account the amount of help needed, the amount of help available, and other factors. The screening yields a priority score and rank which is used for placing the above listed person on the waitlist to receive Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care program (SMMC LTC) services.

If funding becomes available for the SMMC LTC program, you will be contacted by us. We will assist you with completing any required eligibility steps, such as a Medical Certification Form 5000-3008 and a Department of Children and Families application for Medicaid eligibility determination. 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 funding becomes available for other programs, 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.

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.

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 email.

If you have any questions, please call us at (insert ADRC #).

Kind regards,

(Insert ADRC Agency Name)

Attachments:

Notice of Privacy Practices

Medical Certification Form 5000-3008

[[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 archivos indican que la persona mencionada en esta carta ha sido evaluada por nuestra agencia para obtener los servicios de atención a largo plazo y ha sido colocada en la lista(s) de prioridades que mejor se adapten a sus necesidades y de las cuales cumplen con los requisitos.

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. La evaluación produce una puntuación y un rango de prioridad que se utiliza para colocar a la persona mencionada anteriormente en la lista de espera para recibir los servicios del Programa Integral Estatal de Medicaid para el cuidado a largo plazo (SMMC LTC).

Si se dispone de fondos para el programa SMMC LTC, nos pondremos en contacto con usted. Le ayudaremos a completar todos los pasos de admisibilidad requeridos, tales como el Formulario de Certificación Médica 5000-3008 y la aplicación al Departamento de Niños y Familias para determinar si cumple con los requisitos de Medicaid. Para obtener más información sobre el programa SMMC LTC, visite el sitio web de LTC en:

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

Si se dispone de fondos para otros programas, 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.

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.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.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al (insert ADRC #).

Atentamente,

(Insert ADRC Agency Name)

Adjunto:

Aviso de políticas de privacidad

Formulario de Certificación Médica 5000-3008

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 58A-1.010 de Florida (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)