



Susana Martinez, Governor  
Brent Earnest, Secretary  
Nancy Smith-Leslie, Director

**DEPARTMENTAL MEMORANDUM**

**MAD-MR: 17-04**

**DATE: 1/24/2017**

**TO: INCOME SUPPORT DIVISION AND MEDICAL ASSISTANCE DIVISION**

**FROM: *NLS* NANCY SMITH-LESLIE, DIRECTOR, MEDICAL ASSISTANCE DIVISION**

**THROUGH: *SLA* SHARI ROANHORSE-AGUILAR, EXEMPT SERVICES AND PROGRAMS  
BUREAU CHIEF, MEDICAL ASSISTANCE DIVISION**

**BY: LINDA GILLET, BRAIN INJURY PROGRAM MANAGER, EXEMPT  
PROGRAMS AND SERVICES BUREAU**

**SUBJECT: NM BRAIN INJURY SERVICES FUND (BISF) PROGRAM APPLICATION  
(SPANISH)**

**GENERAL INFORMATION**

**This form will be for public use**

**FILING INSTRUCTIONS**

Please make the following changes to the MAD forms manuals:

REPLACE MAD 386SP Revised 10/01/15 Application Short-Term Services for Brain Injury

Please address any questions concerning these guidelines to Linda Gillet, [LindaB.Gillet@state.nm.us](mailto:LindaB.Gillet@state.nm.us)  
or call (505) 827-7218.

Attachment: MAD 386SP BISF Revised 1/23/2017 Application Short-Term Services for Brain Injury



**PROGRAMA DE FONDOS PARA SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES DEL ESTADO  
 DE NUEVO MÉXICO (SIGLAS EN INGLÉS BISF)  
 HUMAN SERVICES DEPARTMENT  
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
 Medical Assistance Division  
 División de Asistencia Médica**

**SOLICITUD**  
*Servicios a corto plazo de Lesiones Cerebrales*

**PASOS PARA SOLICITAR SERVICIOS PARA LESIONES CEREBRALES A TRAVÉS DE EL  
 PROGRAMA DE FONDOS PARA SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES  
 (SIGLAS EN INGLÉS BISF).**

1. Por favor revise la hoja de "Tips" para el Programa de Fondos para Servicios de Lesiones Cerebrales (BISF), incluidas en esta solicitud.
2. Ud. debe ser residente del estado de Nuevo México y deber tener un diagnóstico confirmado de lesión cerebral para solicitar asistencia
3. Complete las preguntas de las páginas 1 y 2 de esta solicitud y fírmela. NO conteste la información contenida en la página 3 "PARA SER COMPLETADA SOLAMENTE POR EL COORDINADOR DE SERVICIO". Complete y firme la Declaración para Hacer Pública la información en las páginas 4 y 5. Complete y firme en la página 6 "Las Garantías". Complete y firme la Declaración de Residencia en la página 7, solamente si Ud. reside en el estado de Nuevo México.
4. En la página 8, escriba su nombre y el nombre del profesional médico licenciado o sicólogo, que comprenda mejor su lesión cerebral.
5. Lleve esta aplicación a su profesional médico licenciado o sicólogo, que comprenda mejor su lesión cerebral. Pídale a esta persona que revise este solicitud y complete la página 9. El doctor le devolverá la solicitud o puede enviarla directamente a Goodwill Industries del estado de Nuevo México, que es la agencia contratada para coordinar los servicios de los solicitantes elegibles y aprobados. Asegúrese de firmar la solicitud para Hacer Pública su información al pie de la página 5, ya que eso le ayudará con este proceso.
6. Envíe esta solicitud por correo o personalmente entréguela a Goodwill industries del estado de Nuevo México. Si tiene preguntas, Ud. puede contactarse con Goodwill al 505 881 6401. Y pida hablar con alguien del "Programa de Lesiones Cerebrales.

**A. INFORMACIÓN GENERAL**

**Fecha de la Solicitud:**

<b>1. Nombres y Apellidos</b>	<b>2. Número de Seguridad Social</b>	<b>3. Fecha de Nacimiento</b>
<b>4. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>5. Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
<b>6. Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		
<b>7. Lenguaje Primario:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Navajo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		

**8. Estatus de Veterano**

A. ¿Es Ud. veterano de la Fuerzas Armadas?  Sí  No (si su respuesta es afirmativa, conteste B y C.)

B. Si su respuesta es afirmativa, por favor haga una lista de sus fechas de servicio militar y describa su Estatus de Veterano o adjunte una copia de su DD 214 con esta solicitud.

Fechas de Servicio Militar: \_\_\_\_\_

Estatus de Veterano: \_\_\_\_\_

C. ¿Tiene Ud. documentación de servicios relacionado con su discapacidad?  Sí  No

Por Favor, indique la descripción de la documentación justificativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Dirección Física** (Ciudad, Estado, Postal, Condado):

**10. Dirección Postal** (Ciudad, Estado, Código Postal Condado):

**11. Número de Teléfono** (Incluyendo código de área): \_\_\_\_\_

Otro número de Teléfono (incluyendo código de área): \_\_\_\_\_

**12. ¿Es Ud. residente de Nuevo México?**  Sí  No

(Para calificar para el Programa de Fondos para Servicios de Lesiones Cerebrales de Nuevo Mexico, debe ser residente.)

**13. Persona de Contacto** (Miembro de Familia, Guardián Legal, o amigo que le ayude a llenar esta solicitud):

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (con el código de área): \_\_\_\_\_

## B. SITUACIÓN ACTUAL

### 14. Razón para la solicitud:

A. Por favor haga una lista de su lesión cerebral y cualquiera información de dónde, cómo y cuándo adquirió la lesión.

---

---

---

B. Explique por qué Ud. solicita servicios del Programa de Fondos para Servicios de Lesiones Cerebrales.

---

---

C. ¿Cómo se enteró del Programa de Fondos para Servicios de Lesiones Cerebrales?

---

---

**15. Nombre de la persona que completa esta solicitud:** (Si es otra persona que la persona con lesión cerebral o miembro de la familia.)

---

Número de teléfono de la persona , si no lo ha dado en el # 13 de arriba \_\_\_\_\_

### 16. Información de la Persona de Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (con código de área): \_\_\_\_\_

### 17. Firma del Solicitante, Padre o Madre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

**PROGRAMA DE FONDOS PARA SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES  
(SIGLAS EN INGLÉS BISF)  
HUMAN SERVICES DEPARTMENT  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
Medical Assistance Division  
División de Asistencia Médica**

<b>No llenar ninguna sección de esta página</b>	
<b>SOLAMENTE PARA SER COMLETADA POR EL COORDINADOR DE SERVICIO</b>	
<b>Agencia de Coordinación de Servicios</b>	<b>Fecha de Referencia</b>
<b>Coordinador de Servicios</b>	
<b>ICD-10 Códigos(s)</b> <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> Otro ABI    _____	<b>Fecha de la Lesión</b>
<b>Haga una lista de los códigos aquí:</b>	

<b>Solicitante Califica</b> <input type="checkbox"/> Aprobado	<b>Fecha de Aprobación</b>
<b>Solicitante Califica</b> <input type="checkbox"/> Aprobado pendiente asignación	<b>Fecha de Apertura de Asignación</b>
<b>Solicitante No Califica</b> <input type="checkbox"/> Denegado (Proceso de Apelación enviado por correo)	<b>Fecha de Denegación enviada por correo el:</b>
<b>Firma del Personal del Coordinador del Servicio</b>	
<b>Fecha para iniciar el servicio</b>	<b>Fecha de Deactivación</b>
<b>REFERIDO A:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Entrenamiento de Destrezas de Vida</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> <b>Servicios Interinos de Crisis</b>	<b>Fecha</b>

<b>Si la solicitud es Denegada, escriba las razones aquí:</b>
---

**PROGRAMA DE FONDOS PARA SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES DEL ESTADO DE NUEVO MÉXICO  
(SIGLAS EN INGLÉS BISF)**

**HUMAN SERVICES DEPARTMENT  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS**

Medical Assistance Division  
División de Asistencia Médica

**PARA HACER PÚBLICA LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD  
(SIGLAS EN INGLÉS PHI)**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante	Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento
Dirección	Número de Teléfono (con código de área)	
Ciudad, Estado, Código Postal	Condado	

“Yo, el suscrito, por la presente doy a los siguientes proveedores que figuran más abajo en la **Sección A** la autorización para hacer pública relevante información protegida de salud (PIH) sobre la condición de mi lesión cerebral al Departamento de Servicios Humanos (HSD) la división de Asistencia Médica, del Programa de Fondos para Servicios de Lesiones Cerebrales (siglas en inglés BISF) y a su contratista proveedor como se anota en la **Sección B**. Comprendo que esta información es necesaria para el Departamento de Servicios Humanos (HSD) y el Contratista Proveedor designado BISF para establecer la elegibilidad para el Programa BISF y proporcionar los servicios apropiados para mí”

También autorizo al Contratista Proveedor, anotado en la **Sección B**, para recibir, usar, y /o autorizar y hacer pública la información protegida de mi salud (PHI) que yo haya seleccionado. Si fuera necesario una autorización para un especialista de otro Proveedor de Servicio BISF, mi Proveedor de Servicios BISF de mi región está autorizado para hacer pública mi PHI como se señala en la **Sección C**. Comprendo que ese intercambio de PHI entre los Proveedores de Servicios BISF, será únicamente relacionado con mi Lesión Cerebral como asimismo los servicios que yo reciba por Programa BISF.

La autorización en la **Sección A** permite solamente hacer pública la información identificada. Por favor, indique exactamente qué informes Ud. va a designar para hacerlos públicos (**Sección A**) y a quienes (**Secciones B y C**) y dentro de un determinado período de tiempo (o indique "Todas las fechas en que ha recibido servicios"). Se entiende que cualquier información obtenida será considerada como confidencial.

**SECCIÓN A**

Chequee	Tipo de Información Requerida	Escriba el nombre del Proveedor/Médico	Fecha de Servicio DE: / A:
	Historial de (Código 10- ICD) Verificación Del Diagnóstico de Lesión Cerebral		
	Declaración del Médico		
	Informe de Apoyo		
	Otros Diagnósticos		
	Evaluación(es) Neuro -sicológica(s)		
	Historial Médico Completo		
	Admisiones al Hospital/ Historial de Alta		
	Salud Mental/ Historia de Abuso de Sustancias		

**SECCIÓN B**

Todas las solicitudes serán procesadas a través de Goodwill Industries del estado de Nuevo México. Chequee solamente el Proveedor de Coordinador de Servicios para la región en donde Ud. reside. (Vea el mapa adjunto por regiones).

Chequee uno	Región de Servicio	Proveedor de Crisis Interina de Lesiones Cerebrales del Solicitant autorizado para recibir o usar el PHI	Dirección de la Agencia Regional Autorizada de BISH de Crisis Interina
	Metro	Goodwill Industries of NM	5000 San Mateo NE, ABQ, NM 87109
	NW	Goodwill Industries of NM	1820 E. Highway 66, Gallup, NM 87301
	NE	Goodwill Industries of NM	3060 Cerrillos Road, Santa Fe, NM 87507
	SE	Goodwill Industries of NM	2601 N Main, Roswell, NM 88201
	SW	Goodwill Industries of NM	2407 W. Picacho St., Las Cruces, NM 88007

**SECCIÓN C**

(Chequee el Proveedor de Crisis Interina del todo el estado para acceder y autorizar servicios)

Chequee	Región de Servicio del Solicitante	Proveedor de Crisis Interina de Lesiones Cerebrales autorizado para recibir o usar el PHI	Dirección de la Agencia Regional Autorizada de BISF de Crisis Interina
	Todo el estado	HelpNet, LLC	PO Box 159, Espanola, NM 87532

Comprendo que revisaré y sacaré una copia sobre la información que va a hacerse pública, al solicitar una copia de la Agencia Coordinadora de Servicio de la BISF identificada. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero para hacerlo, debo notificar, por escrito, a la Agencia Coordinadora de Servicios BISF. Esta revocación no afectará a ninguna acción que el Servicio de Proveedores de mi BISF haya tomado en relación a esta Autorización. También comprendo que el PHI que yo autorizo a cualquier persona o entidad relacionada con el Programa BISF para recibir información ya no protegida por las leyes federales y reglamentos de hacer pública a las partes, médicos, sus afiliados, empleados y oficiales que, por cuanto, relevo de toda responsabilidad civil y responsabilidad por hacer pública la información de más arriba por la extensión indicada y autorizada por la misma.

<p>Esta autorización es válida de _____ hasta _____</p> <p>Si la fecha de expiración no está determinada, esta autorización expirará en 12 meses desde la fecha de su firma</p>
---

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Madre o Guardián Legal ( si se aplica)

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante, Padre, Madre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si firma el Guardián Legal, por favor proporcionar una descripción de la autorización legal que actúa en nombre del Solicitante. Por favor, incluya la documentación legal, si Ud. es Guardián Legal o si tiene Poder Notarial para tomar decisiones de salud.

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte:  
 The Brain Injury Program  
 Medical Assistance Division / ESPB  
 2025 S Pacheco, PO Box 2348  
 Santa Fe, NM 87504  
 505-827-7218

**PROGRAMA DE FONDOS PARA SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES DEL ESTADO DE NUEVO MEXICO  
(SIGLAS EN INGLÉS BISF)  
HUMAN SERVICES DEPARTMENT  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
Medical Assistance Division  
División de Asistencia Médica**

**GARANTÍAS**

Yo (escriba su nombre y apellido con letra de imprenta)\_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en proporcionar una completa y detallada información necesaria para determinar mi elegibilidad o la elegibilidad de otros miembros de mi familia por quienes estoy solicitando servicios. Comprendo que seré objeto de acciones legales para recuperar las cantidades de asistencia recibidas en el caso que no tenga derecho a recibir tales servicios. Además, comprendo que cualquiera que participe en engaños o falsificaciones en conexión con esta solicitud o cualquiera coordinadora de servicios de BISF o Evaluación de Entrenamiento de Destrezas de Vida será sujeto a las penas legales que prescribe la ley. Comprendo que respecto a las preguntas de esta solicitud, confirmo que mis respuestas son correctas y con todo el conocimiento que tengo sobre ellas.

---

Firma del Solicitante o Representante

Fecha

---

Firma del Guardián Legal

Fecha

(Se requiere si el solicitante tiene menos de 18 años o posee un guardián nombrado por la corte.)



**PROGRAMA DE FONDOS PARA SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES DEL ESTADO DE NUEVO MÉXICO  
(SIGLAS EN INGLÉS BISF)  
HUMAN SERVICES DEPARTMENT  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
Medical Assistance Division  
División de Asistencia Médica**

**Declaración Jurada de Residencia**

Yo, (escriba su nombre y apellido con letras de imprenta) \_\_\_\_\_ soy residente del estado de Nuevo México, como se describe más abajo. Oficialmente vivo en el estado de Nuevo México. Comprendo que una declaración falsa hará que inmediatamente terminen los servicios del Programa de Fondos para Servicios de Lesiones Cerebrales del estado de Nuevo México.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante, Padre, Madre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si el solicitante no firma, especifique la relación del suscrito con el solicitante

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Razón de por qué el solicitante no pudo firmar (si se aplica)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE FONDOS PARA SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES DEL ESTADO DE NUEVO MÉXICO  
(SIGLAS EN INGLÉS BISF)  
HUMAN SERVICES DEPARTMENT  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
Medical Assistance Division  
División de Asistencia Médica**

**Solicita Documentación del Diagnóstico de Lesión Cerebral**  
(Puede ser completada con la asistencia de un Coordinador de Servicios)

Fecha \_\_\_\_\_

Estimado Doctor \_\_\_\_\_

Su paciente (escriba el nombre y apellido con letra de imprenta) \_\_\_\_\_, quién reside en el condado de \_\_\_\_\_ (Condado), ha solicitado servicios del Programa de Fondos para Servicios de Lesiones Cerebrales del Estado de Nuevo México, (siglas en inglés BISF) que proporciona servicios de corto plazo a individuos con diagnóstico confirmado de Lesión Cerebral y con una necesidad inmediata. Su paciente ya ha completado la solicitud para Hacer Pública la Información que permite al Coordinador de Servicios de BISF recibir la información de Ud. sobre su lesión cerebral (ver páginas 4 y 5). Su asistencia en calificar a su paciente para recibir servicios de BISF es necesaria.

Por favor, envíe a su paciente o a su Coordinador de Servicios de BISF toda la documentación de su lesión cerebral. Se incluye en esta solicitud la Confirmación del Código de Formulario ICD-10. Los códigos suministrados deben apoyar una diagnosis calificada por **Lesión Cerebral Traumática (TBI) y/o otras Lesiones Cerebrales Adquiridas, como ataque al cerebro, aneurisma/ vascular lesiones del cerebro, tumor cerebral, anoxia, infecciones al cerebro, rayos y relámpagos/ electro choques, exposición a substancias tóxicas o substancias químicas y síndrome de bebé sacudido**. El programa de BISF determinará si los códigos suministrados califican al individuo para servicios a corto plazo. Por favor, llene este formulario y envíelo a Goodwill Industries oficina NM METRO al 5000 San Mateo NE, Albuquerque, NM 87109. En su defecto, una carta breve, firmada por Ud. será suficiente, que declare que este paciente tiene un diagnóstico de Lesión Cerebral, incluyendo los códigos ICD-10 que especifica la calificación e información de cuándo y cómo ocurrió la Lesión Cerebral. Si Ud. tuviera preguntas sobre la materia, por favor, refiérase a la información en este paquete, que su paciente ha recibido del Programa BISF. Si necesita una clarificación ulterior, por favor, contácteme al (505)827-7218.

Comprendemos que su tiempo es muy importante para Ud. y gracias por ayudar a calificar a su paciente para el Programa BISF. Ya que es un programa de corto plazo, su respuesta temprana es crítica para que el paciente empiece a recibir los servicios.

Agradeciéndole de antemano



Linda Gillet, Ph.D.  
Brain Injury Program Manager  
Medical Assistance Division  
Human Services Department

**PROGRAMA DE FONDOS PARA SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES DEL ESTADO DE NUEVO MÉXICO  
(SIGLAS EN INGLÉS BISF)  
HUMAN SERVICES DEPARTMENT  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
Medical Assistance Division  
División de Asistencia Médica**

**Confirmación del Código ICD-10**

**Para ser completado por el Médico Licenciado del Solicitante (MD ó D.O.) Asistente de Médico, Enfermera Practicante Certificada y/o Psicólogo Licenciado.**

Yo confirmo que mi paciente, nombrado más abajo, ha sido diagnosticado con LESIÓN CEREBRAL y que los datos específicos del Código ICD-10 para este paciente representa un diagnóstico cierto y detallado para apoyar la condición calificada. Haga una lista de los códigos calificados que apoyan su diagnóstico

Nombre del Paciente con Lesión Cerebral (escriba con letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social del Paciente \_\_\_\_\_

Código ICD-10 CM Código \_\_\_\_\_

Código ICD-10 CM Código \_\_\_\_\_

Código ICD-10 CM Código \_\_\_\_\_

Código ICD-10 CM Código \_\_\_\_\_

Código ICD-10 CM Código \_\_\_\_\_

Código ICD-10 CM Código \_\_\_\_\_

Con letra de imprenta \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico o D.O./Sicólogo Ph.D, Asistente de Médico, Enfermera Practicante Certificada

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico o D.O./Sicólogo Ph.D, Asistente de Médico, Enfermera Practicante Certificada

Fecha \_\_\_\_\_

Con letra de imprenta \_\_\_\_\_  
Coordinador de Servicios de BISF

Firma \_\_\_\_\_  
Coordinador de Servicios de BISF

Fecha \_\_\_\_\_

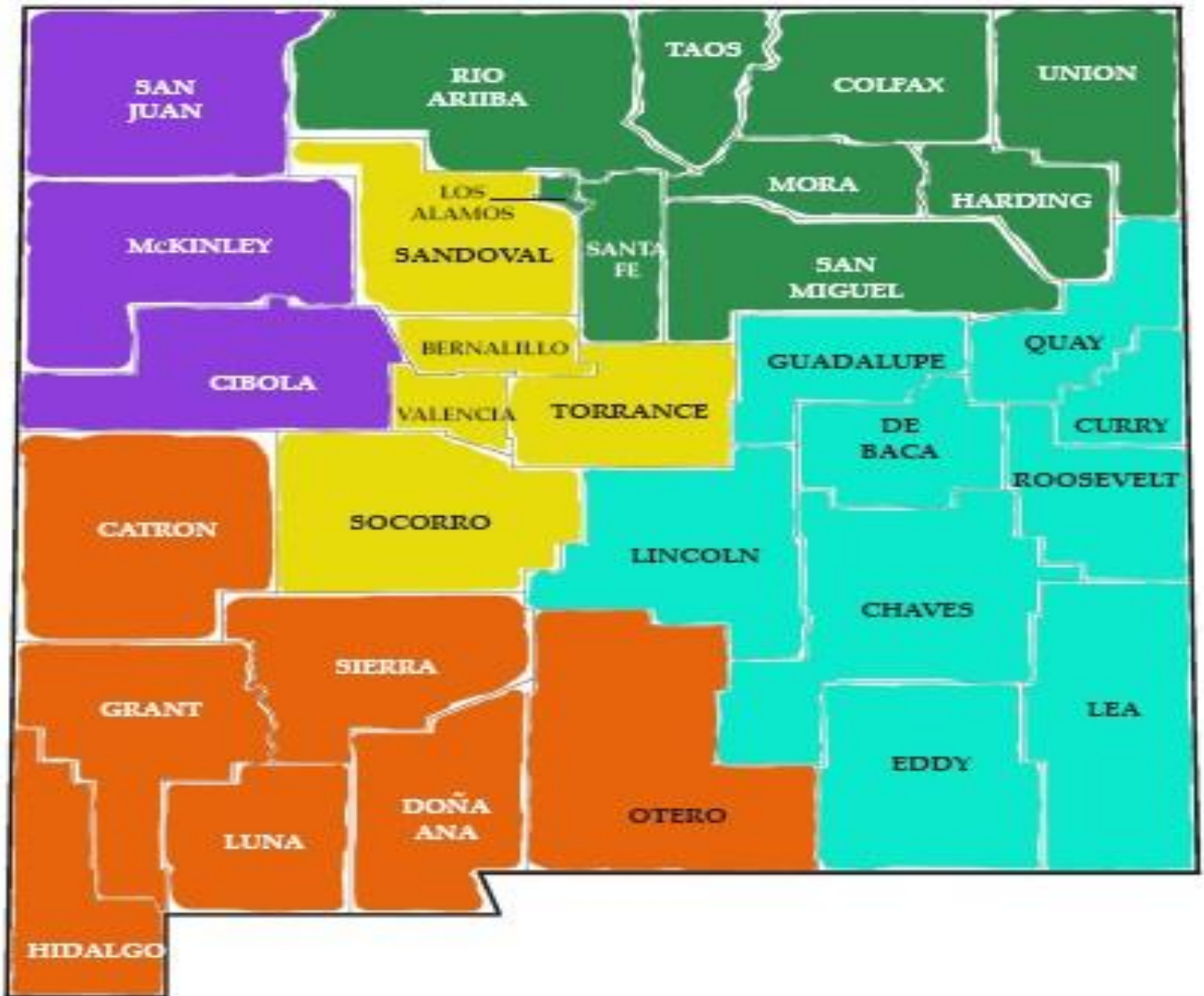
**Nota: Para los Profesionales, Médicos que completen este formulario:**

El Departamento de Servicios Humanos (siglas en inglés HSD) requiere una confirmación del código ICD-10 que califica la Lesión Cerebral ICD-10 para recibir servicios del programa BISF. Los solicitantes que no tengan una confirmación y una Lesión Cerebral apropiada con el código ICD-10 no serán elegibles para recibir servicios del programa BISF.

Para que un paciente reciba servicios BISF, los códigos suministrados deben apoyar el diagnóstico calificado para **Lesión Cerebral Traumática (TBI) y/o otras Lesiones Cerebrales Adquiridas, como ataque al cerebro, aneurisma/ vascular lesiones del cerebro, tumor cerebral, anoxia, infecciones al cerebro, rayos y relámpagos/ electro choques, exposición a sustancias tóxicas o sustancias químicas y síndrome de bebé sacudido.**

El programa BISF determinará si los códigos suministrados califican al individuo para servicios a corto plazo. Por favor, complete esta solicitud y envíela a Goodwill Industries of NM METRO Office al 5000 San Mateo NE, Albuquerque, NM 87109. Teléfono 505 881 6401 Fax 505 884 3157.

**AGENCIAS DE COORDINACIÓN DE SERVICIOS DEL FONDO PARA SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES, POR CONDADOS Y REGIONES**



- |   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>Región Metropolitana:</b> Goodwill Industries de NM<br>5000 San Mateo NE, Albuquerque, NM 87109 | <b>PH: 505-881-6401</b><br><b>Fax: 505-884-3157</b> |
|  | <b>Región Noroeste:</b> Goodwill Industries de NM<br>1820 E. Highway 66, Gallup, NM 87301          | <b>PH: 505-863-6374</b><br><b>Fax: 505-863-6199</b> |
|  | <b>Región Noreste:</b> Goodwill Industries de NM<br>3060 Cerrillos Road, Santa Fe, NM 87507        | <b>PH: 505-216-3306</b><br><b>Fax: 505-216-3187</b> |
|  | <b>Región Sureste :</b> Goodwill Industries de NM<br>2601 N. Main St., Roswell, NM 88201           | <b>PH: 575-622-4980</b><br><b>Fax: 575-622-6585</b> |
|  | <b>Región Suroeste:</b> Goodwill Industries de NM<br>2407 W. Picacho St., Las Cruces, NM 88007     | <b>PH: 575-323-5147</b><br><b>Fax: 575-323-5145</b> |

# Departamento de Servicios Humanos (HSD)

## Programa por Lesiones al Cerebro

### Servicios a Corto Plazo por Lesiones Traumáticas al Cerebro



# TIP SHEET

Este programa proporciona servicios a corto plazo a individuos con una necesidad en crisis quienes hayan sido diagnosticados con Lesiones Traumáticas al Cerebro (TBI). El Programa de Fondos para Servicios por Lesiones al Cerebro proporciona tres servicios: Coordinación de Servicios, Servicios de Crisis Interina, y Entrenamiento de Habilidades de Vida Diaria. Los fondos del programa vienen de una cuota de \$5.00 que se agrega a todas las multas por violaciones de leyes del tránsito en el Estado de Nuevo México.

#### ¿Quiénes son elegibles para el Programa BISF?

Los individuos elegibles para recibir servicios de corto plazo a través del Programa BISF, son aquellos que hayan sido diagnosticados con Lesiones Traumáticas al Cerebro (TBI) que haya sido confirmada por un médico ó psicólogo. Debe proporcionarse una documentación escrita del TBI del Código de Enfermedades específicas Internacionales (ICD-9) debe acompañarse como prueba del diagnóstico. Los individuos elegibles deben ser residentes del Estado de Nuevo México. El BISF del estado de Nuevo México es el pagador de última instancia para individuos de buscan asistencia para una crisis interina. El Programa de TBI no es un programa por derecho propio. Esto significa que no todas las personas que tengan TBI pueden o no calificar para los servicios.

#### ¿Qué tipo de servicios están disponibles?

**Coordinación de Servicios:** La Coordinación de Servicios es el punto de entrada para aquellos que quieran recibir servicios de este programa. El Programa de Coordinación de Servicios BISF les ayuda a individuos a obtener acceso a servicios básicos apropiados en la comunidad para TBI. Tienen la responsabilidad de determinar su elegibilidad, evaluar las necesidades, identificar los programas apropiados, y ayudar a los participantes a obtener y coordinar todos los servicios que necesitan.

**Servicios de Crisis Interinos:** Los Servicios de Crisis Interinos son proporcionados a las personas después de su TBI o en el caso de que su condición empeore. Pueden utilizarse inmediatamente después de la crisis inicial o para aliviar una nueva crisis. Los fondos pueden usarse para pagar cuidado de salud; servicios de salud mental sin hospitalización, terapias, ayuda en el cuidado de la persona, transporte, medicaciones y deducibles de seguros de salud. Los fondos de Servicios de Crisis Interinos pueden usarse para pagar equipos especiales, aparatos de comunicación y asistencia y productos médicos durables. Fondos limitados pueden usarse para mudar a una persona a un lugar diferente, para modificaciones en el hogar y automóvil. Los fondos están disponibles para servicios que sean necesarios para un individuo con TBI. Los fondos están disponibles en forma regional y puedan que no estén disponibles al tiempo de su solicitud. Todas las solicitudes deben procesarse a través de la Coordinación de Servicios de BISF.

**Entrenamiento para habilidades de vida diaria.** Es un entrenamiento hecho a la medida que proporciona asistencia en satisfacer las necesidades específicas de un individuo con TBI. Los servicios de entrenamiento incluyen: utilización del tiempo en tareas diarias, organización financiera, relaciones personales, manejo de ira, utilización máxima de la memoria, como dirigirse en el ámbito social, recreacional y recursos de educación y empleo.

#### ¿Cómo solicitar ayuda?

Por favor, llame a una agencia de Coordinación de Servicios, señaladas a la derecha de esta página, busque cuál es la agencia más cerca de su casa, y para saber más del programa y obtener asistencia para solicitar servicios del Programa BISF.

#### Puntos Importante de Recordar:

**Programa de Definición de TBI-** es una lesión traumática al cerebro como resultado de un asalto al cerebro de una fuerza física exterior, que ha causado impedimento cognitivo o físico, temporal o permanente. Una lesión de TBI puede o no causar discapacidad funcional total y/o desorientación sico - social.

**Los fondos están disponibles por regiones-** los fondos para los servicios pueden estar disponibles o no al momento de la solicitud.

**Para solicitar otras opciones de servicios-** Por favor, contacte al Centro de Recursos de Ancianos y Discapacidad al 1-800 432-2080. Las personas con TBI que requieran servicios a largo plazo deben contactar al Centro de Recursos de Ancianos y Discapacidad para colocarlos en el Centro de Registro de Lesiones Cerebrales.

(10/18/2016)

## PROVEEDORES DE COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE BISF:

**REGIÓN METROPOLITANA**  
Goodwill Industries of NM  
5000 San Mateo NE  
Albuquerque, NM 87109  
505-881-6401

## (Presentar solicitudes a esta oficina)

**REGIÓN DEL NORESTE**  
Goodwill Industries of NM  
3060 Cerrillos Road  
Santa Fe, NM 87507  
505-216-3306

**REGIÓN DEL NOROESTE**  
Goodwill Industries of NM  
1820 E. Highway 66  
Gallup, NM 87301  
505-863-6374

**REGIÓN DEL SURESTE**  
Goodwill Industries of NM  
2601 N. Main Street  
Roswell, NM 88201  
575-622-4980

**REGIÓN DEL SUROESTE**  
Goodwill Industries of NM  
2407 W. Picacho Street  
Las Cruces, NM 88807  
575-323-5147

## CENTROS DE RECURSOS

(Para información, referencias y recursos)

1-844-366-2472  
(1-844-3NM-BIRC)

## INFORMACIÓN DE OTROS CONTACTOS para el Programa de Fondos para Servicios de Lesiones Cerebrales

### **BRAIN INJURY SERVICES FUND PROGRAM:**

Centro de Recursos de Lesiones Cerebrales en el estado de Nuevo Mexico  
ARCA/Brain Injury Division  
1503 4<sup>th</sup> Street NW  
Albuquerque, NM 87102  
1-844-3NM-BIRC  
(1-844-366-2472)  
Email: [nmbirc@arcaspirit.org](mailto:nmbirc@arcaspirit.org)  
Director: John Pimentel, CBIST  
Website: <http://www.nmbirc.org>

### **Programa de Lesiones Cerebrales/ Administrador de BISF: Linda Gillet Ph.D.**

Programa de Lesiones Cerebrales  
Servicios Exentos y Oficina de Apoyo (siglas en inglés ESPB)  
División de Asistencia Médica (siglas en inglés MAD)  
Departamento de Servicios Humanos (siglas en inglés HSD)

Ark Plaza  
PO Box 2348  
2025 S. Pacheco  
Santa Fe, New Mexico 87504  
<http://www.hsd.state.nm.us/mad> (Brain Injury Program)

Correo Electrónico: [LindaB.Gillet@state.nm.us](mailto:LindaB.Gillet@state.nm.us)  
Teléfono: 505-827-7218  
Fax: 505-827-7277

**Para otros recursos utiles de la comunidad, por favor visite:  
<http://nmbirc.org/helpful-links/>**