|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00221S (02/2024) |  | **STATE OF WISCONSIN** |
| **Instrucciones para miembros o participantes de Family Care o IRIS que solicitan cancelar su inscripción o realizar un cambio**  **(FAMILY CARE OR IRIS MEMBER OR PARTICIPANT REQUESTED DISENROLLMENT  OR TRANSFER INSTRUCTIONS)** | | |
| **Sección A: Información personal**  Esta sección debe completarla el Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para  el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC) o el Tribal Aging and Disability Resource Specialist (Especialista  del Programa Tribal de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRS) a partir de la información personal que consta en ForwardHealth.  El ADRC o ADRS tribal debería verificar la información de contacto en esta sección y realizar las correcciones que sean necesarias. Cuando Income Maintenance (Mantenimiento de Ingresos, IM) reciba el formulario  con las correcciones, actualizará la información en CARES. Si la persona recibe Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI), el ADRC o ADRS tribal debería solicitar a la persona que  se comunique con la Social Security Administration (Administración del Seguro Social, SSA) para actualizar  la información.  **Sección B: Solicitud de cancelación de la inscripción**  Esta parte del formulario debe completarla el ADRC o ADRS tribal. La persona indica el programa del que desea cancelarse y la fecha de cancelación que prefiere. Para permitir que la persona tome una decisión informada, es importante que durante la consulta sobre la cancelación de la inscripción el ADRC o ADRS tribal le proporcione toda la información pertinente, como, por ejemplo, la incidencia en la elegibilidad de Medicaid y cómo la fecha que se establezca influye en el costo compartido.  El personal del ADRC o ADRS tribal ingresará la fecha efectiva de cancelación de la inscripción. El personal  del ADRC o ADRS tribal ingresará la fecha efectiva de cancelación de la inscripción en FHiC. La ICA ingresará  la fecha efectiva de cancelación de la inscripción en WISITS. La fecha en que la persona desea cancelar  su inscripción en el programa puede no coincidir con la fecha en que esta se haga efectiva, especialmente en los casos de solicitudes de cancelación inmediata de la inscripción. Si una persona desea cancelar su inscripción  en un programa en menos de tres días hábiles a partir de la fecha en que se firma el formulario, el ADRC  o ADRS tribal se comunicará con la MCO o ICA para acelerar el proceso.  **Sección C: Solicitud de cambio**  Esta parte del formulario debe completarla el ADRC o ADRS tribal. La persona indica el programa y la MCO  o ICA a la que desea cambiarse. Si la solicitud se debe a un traslado reciente, se le pedirá que indique su nuevo domicilio, número de teléfono y la fecha efectiva del traslado. Se requerirá un nuevo formulario de inscripción  o referencia cuando una persona opte por cambiarse a un nuevo programa, MCO o ICA. Si se inscribe  en un programa o una agencia nuevos producto de un traslado, la fecha de inscripción se dejará inicialmente  en blanco y se completará cuando las agencias del programa de cuidado a largo plazo la determinen.  Si la persona opta por inscribirse en Family Care (Cuidado Familiar), PACE o Partnership (Alianza), el ADRC  o ADRS tribal ingresará la nueva fecha de inscripción en el formulario. La fecha de inscripción será elegida  por la persona. El personal del ADRC o ADRS tribal también ingresará la nueva fecha de inscripción en FHiC.  Si la persona opta por IRIS, el ADRC o ADRS tribal ingresará la fecha de referencia de IRIS en el formulario.  La fecha de inicio de IRIS la determina la ICA y se ingresará en WISITS. Si la persona se cambia de Family Care (Cuidado Familiar), PACE o Partnership (Alianza) a IRIS, la fecha de inscripción no se debería consignar  en el formulario o en FHiC hasta que se haya recibido la fecha de inicio de parte de ICA. Si un participante  de IRIS elige cambiarse de una ICA a otra ICA, puede optar por permanecer con el FEA actual o seleccionar  uno nuevo. Si el participante opta por seleccionar un nuevo FEA, debe completar el formulario [F-02764](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f02764.docx).  La información provista determinará a qué entidad se debe informar del cambio y si será necesario completar  un formulario de inscripción de los programas Family Care, PACE o Partnership, o un formulario de autorización de IRIS.  **Sección D: Motivo de la solicitud de cancelación de inscripción o cambio**  En esta sección, la persona puede indicar de manera voluntaria al ADRC o ADRS tribal el motivo principal por  el que desea dejar su programa, ICA o MCO actual.  **Sección E: Quejas o apelaciones**  Una parte importante de la consulta sobre la cancelación de la inscripción implica ayudar a la persona a entender y ejercer todos sus derechos como miembro y participante del programa. Dependiendo del motivo por el que  la persona desea dejar el programa, puede tener derecho a presentar una apelación. Asimismo, toda persona tiene derecho a presentar una queja. Los ADRC o ADRS tribal pueden brindar asistencia a cualquier persona que desee presentar una apelación o queja. Los ADRC o ADRS tribal pueden explicar a las personas que puedan estar en un proceso de apelación las consecuencias de cancelar su inscripción antes de que se resuelva la apelación. Todas las MCO cuentan con especialistas en derechos de miembros que ayudan a sus miembros  a presentar apelaciones y quejas. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o queja, puede consultar el Manual del miembro de la MCO o el Manual del participante de IRIS.  **Sección F: Autorización para divulgar información**  Complete esta sección cuando la persona solicite cambiarse a una nueva agencia o programa de cuidado a largo plazo. Esta sección (1) le informa a la persona que la información de su Long-Term Care Functional Screen (Evaluación funcional de cuidados a largo plazo) puede ser enviada a la nueva agencia sin el consentimiento informado de la persona, en virtud del Estat. de Wisconsin, sección 46.284(7); y (2) documenta la autorización  de la persona a la agencia o programa de cuidado a largo plazo actual para compartir la información confidencial especificada con la nueva agencia o programa elegido. La firma de la persona, tutor legal, custodio o persona con poder notarial vigente autoriza la divulgación de la información especificada en la sección F del formulario.  **Sección G: Firma**  Los miembros de una MCO y los participantes del programa IRIS deben firmar esta sección del formulario para cancelar su inscripción en un programa de cuidado a largo plazo o para cambiarse a otro programa de cuidados a largo plazo o a otra MCO o ICA, incluso si no completan ninguna otra sección. Si la persona que recibe servicios está incapacitada no podrá firmar el formulario de cancelación de la inscripción. En su lugar, el tutor legal o custodio de la persona, o bien una persona con un poder notarial vigente, deberá firmar el formulario.  Si la persona firma con una marca, es necesaria la firma de dos testigos. Si la persona no está capacitada físicamente para firmar, puede instruir a una persona adulta que firme el formulario en su nombre frente a dos testigos. La persona que firme debería indicar que está firmando el formulario por instrucción del solicitante.  **Sección H: Información completada por**  Esta sección la completa el ADRC o ADRS tribal para identificar quién completó el formulario y proporcionar  a las personas la información de contacto del ADRC o ADRS tribal.  **Sección I: Uso exclusivo de la ICA**  La ICA completa esta sección cuando el participante se cambia de IRIS a Family Care, Partnership o PACE.  La ICA debe verificar la fecha de cancelación de la inscripción establecida en este formulario e introducir la fecha de ingreso de la cancelación en WISITS. Cuando la ICA complete el formulario, debe ser devuelto al ADRC  o ADRS tribal.  **Distribución de formularios y envío de la información**  Una vez se hayan completado todas las páginas del formulario, el ADRC o ADRS tribal debe enviar el formulario a las siguientes partes:   * Miembro/Participante * La ICA o MCO actual y la que se solicita * La tribu, si corresponde * IM: Se debe enviar a IM cuando la persona esté:   + Cambiándose a causa de un traslado reciente y la nueva dirección no aparezca en FHiC, si el miembro  o participante está abierto en CARES.   + Cancelándose de Family Care o IRIS y recibiendo MA a través de la elegibilidad de Community Waiver MA (exención comunitaria de MA) o MAPP   El ADRC o ADRS tribal debe conservar el formulario original firmado de la solicitud de cancelación  de la inscripción o una copia electrónica escaneada del formulario firmado durante un período de diez años  en la eventualidad de que se soliciten registros. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00221S (02/2024) | | | | | | | | **CIP** | | | | | | | | | | | |
| **Miembro o PARTICIPANTE**  **de Family Care o IRIS que solicita desafiliarse o cambiarse** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para ser completado por el Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC) o un tribal Aging and Disability Resource Specialist (Especialista del Programa Tribal de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRS) para ser utilizado por  el Income Maintenance (Mantenimiento de Ingresos, IM) local, la Managed Care Organization (Organización de Cuidado Administrado, MCO) y la IRIS Consultant Agency (Agencia Consultora de IRIS, ICA). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | Inicial | | | Apellido(s) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | Código postal | |
| Condado de residencia | | | | | | | | | Condado responsable | | | | | | | | | | |
| Nativa americana o nativa de Alaska  Sí  No | | | | | | | | | Afiliación tribal nativa americana o de Alaska | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono | | | | | | | | | Número de teléfono celular | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | N.º de identificación de miembro (tal como consta en ForwardHealth) | | | | | | | | | | Grupo personal de destino  FE  ID o DD  PD | | | | | | | |
| Tutor  Cónyuge  Custodio  POA  Otra persona: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del contacto | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | Número de teléfono celular | | | | |
| Domicilio | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | Código postal | |
| Programa Long-Term Care (de Cuidado a Largo Plazo, LTC) actual  Family Care  IRIS | | | Nombre de la MCO o ICA    Nombre del FEA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona solicita dejar de participar en el programa de cuidado a largo plazo  (marque el que corresponda):  Family Care  IRIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona solicita dejar de participar en la siguiente fecha:  (Puede no ser la fecha efectiva de cancelación de la inscripción) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha efectiva de cancelación de la inscripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. SOLICITUD DE CAMBIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona ha optado por cambiarse a un nuevo programa de cuidado a largo plazo o cambiarse  a una nueva MCO o ICA. A continuación, indique el programa elegido:  Family Care  IRIS  Partnership  PACE  MCO diferente  ICA diferente  MCO o ICA que se solicita: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha efectiva de cancelación de la inscripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha efectiva de la nueva inscripción en Family Care, PACE, o Partnership:  o fecha de referencia de IRIS (fecha de inicio determinada por la ICA):  Debe además completarse un nuevo formulario de inscripción o referencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si esta solicitud de cambio se debe a un traslado, cumplimente la información solicitada a continuación  para el nuevo domicilio: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | Código postal |
| Condado de residencia | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | Fecha efectiva del traslado | | | | | | |
| **D. MOTIVO DE LA SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN O DEL CAMBIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleccione el motivo principal por el que el miembro o participante solicita cancelar su inscripción  o cambiarse a un programa de cuidado a largo plazo, MCO o ICA diferente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E Insatisfacción con el reparto de costos | | | | | | | | | | 7M La elección de un hogar para mayores o servicios de hospicio | | | | | | | | | |
| 7A Dificultad para encontrar o mantener  proveedores | | | | | | | | | | 7D Cambio a tarifa por servicio de Medicaid | | | | | | | | | |
| 7B Necesidad de asistencia adicional para coordinar servicios y atención | | | | | | | | | | 70 Traslado a otra región de servicios | | | | | | | | | |
| 7B Incapacidad de garantizar todos los servicios necesarios u horas de servicio | | | | | | | | | | Trasladado fuera del estado | | | | | | | | | |
| 7A Imposibilidad de usar el proveedor deseado | | | | | | | | | | 7B Expectativas no cumplidas con los servicios | | | | | | | | | |
| 7L Problemas con el servicio de atención  al cliente de MCO / IRIS Consultant Agency (Agencia Consultora de IRIS) o IRIS Fiscal Employer Agency (Agencia Empleadora Fiscal   de IRIS) | | | | | | | | | | 72 Prefiere no indicar el motivo | | | | | | | | | |
| Los servicios ya no son necesarios | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **E. QUEJAS O APELACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha presentado el miembro o participante una queja o apelación ante el comité de revisión de la MCO  o IRIS o ante otra parte en relación con su deseo de cancelar su inscripción?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **F. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Entiendo que el Estat. de Wisconsin, sección 46.284(7), permite que se proporcione a la agencia seleccionada anteriormente la información de Long-Term Care Functional Screen (Evaluación funcional de atención a largo plazo, LTCFS) sin mi consentimiento informado.**  Autorizo a que la agencia seleccionada anteriormente tenga acceso a la información indicada a continuación para ayudarme con la inscripción en mi nuevo programa o agencia:   * Mi actual Individual Support and Service Plan (Plan de Servicio y Ayuda Individual, ISSP) o Member Centered Plan (Plan Centrado en el Miembro, MCP) * Mi Behavior Support Plan (plan para apoyar el comportamiento) y/o Restrictive Measure (medida restrictiva), si corresponde * Documentos que establezcan la autoridad de mi tutor legal, custodio o persona con poder notarial vigente, si corresponde * Órdenes judiciales (si corresponde) * Plan de crisis, si corresponde   Otro – Especifique: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA:** Miembro/Participante | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA** – tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA:** Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA:** Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **G. DECLARACIÓN DE INTENCIÓN: Debe firmar esta declaración de intención de cancelar  su inscripción o cambio** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yo, el abajo firmante, he solicitado dejar de participar en un programa de cuidado a largo plazo y cancelar mi inscripción, o bien he solicitado cambiarme a otro programa de cuidado a largo plazo, MCO o ICA. Entiendo que, si solicito inscribirme en IRIS, no podré cancelar la inscripción en mi programa actual hasta que se apruebe mi plan de servicios de IRIS. **Su solicitud de cancelación de inscripción o cambio  no será procesada si no firma a continuación**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA:** Miembro/Participante | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA** – tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA:** Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA:** Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **H. INFORMACIÓN COMPLETADA POR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del ADRC o de la tribu | | | | | | | | | | | | | | Condado | | | | | |
| Dirección postal del ADRC o ADRS tribal | | | | | | | Ciudad | | | | | | | Código postal | | | | | |
| Nombre: trabajador de ADRC o ADRS tribal | | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El ADRC o ADRS tribal debería enviar todas las páginas del formulario completo, incluso  si no se ha brindado la consulta sobre la cancelación de la inscripción.**  El ADRC o ADRS tribal debe conservar el formulario original firmado de la solicitud de cancelación  de la inscripción o una copia electrónica escaneada del formulario firmado durante un período de diez años en la eventualidad de que se soliciten registros.  Distribución del formulario completado:  Persona, tutor, custodio o persona con poder  notarial vigente  ICA o MCO actual y la que se solicita  IM (ver instrucciones)  La tribu, si corresponde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Uso exclusivo de ICA**  **Si el participante se está cambiando de IRIS a Family Care, Partnership o PACE, esta sección debe ser completada por la ICA. Cuando el formulario esté completo, debe ser devuelto al ADRC.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la ICA | | | | | Nombre del miembro del personal | | | | | | | | | | | Fecha | | | |
| Fecha de cancelación  de la inscripción en IRIS: | | | | | | Fecha de cancelación de la inscripción ingresada en WISITS: | | | | | | | | | | | | | |