|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  **STATE OF WISCONSIN**Division of Medicaid ServicesF-20445AS (05/2022) |
| **PLAN DE SERVICIO INDIVIDUAL – RESULTADOS – PROGRAMAS DE APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS****INDIVIDUAL SERVICE PLAN — OUTCOMES — CHILDREN’S LONG-TERM SUPPORT PROGRAMS** |
| 1. Programa(s)[ ]  CLTS Waiver [ ]  CCOP  | 2. Nombre —Coordinador de apoyo y servicios, agencia       |
| 3. Nombre – Participante      |
| 4. Número de resultado | 5. Resultado(s) deseado(s) abordado(s) en el plan de servicio | 6. Estado de los resultados o actualización de los progresos | 7. Fecha  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**8. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN INFORMADA POR EL PARTICIPANTE**

|  |
| --- |
| Marque todos los servicios esenciales que correspondan **financiados por el CLTS** Waiver incluidos en el plan actual: |
| [ ]  Hogar familiar para adultos[ ]  Cuidado infantil [ ]  Cuidado de crianza temporal[ ]  Ayuda a la comunicación para la inclusión en la comunidad\*[ ]  Empleo integrado en la comunidad/competitivo[ ]  Servicios de integración en la comunidad[ ]  Servicios de asesoramiento y servicios terapéuticos[ ]  Formación en habilidades para la vida diaria[ ]  Servicios diurnos | [ ]  Descubrimiento y planificación de la carrera profesional\* [ ]  Asesoramiento en materia de duelo y luto[ ]  Salud y bienestar\*[ ]  Tutoría[ ]  Servicios de agentes (*broker*) de dirección para participantes y familias[ ]  Apoyos personales (excluyendo la atención domiciliaria rutinaria/los servicios de tareas domésticas/el control de plagas)[ ]  Servicios de relevo (*respite*)[ ]  Planificación y prevención de la seguridad\* |

Los proveedores de los servicios indicados anteriormente que cumplan la definición de proveedor de servicios esenciales recibirán una copia de este documento (F-20445A), y se les pedirá que firmen y devuelvan una copia a la agencia de exención.

\*Los componentes de este servicio pueden tener proveedores que cumplan con la definición de un proveedor de servicios esenciales.

|  |
| --- |
| **9. FIRMAS DEL PROVEEDOR** Las agencias de exención deben indicar **uno** de los siguientes: |
| [ ]  Esta información se comparte con los proveedores de servicios que se agregaron recientemente al ISP del participante. [ ]  Esta información se comparte con los proveedores de servicios en la revisión anual del participante. |
| Al firmar a continuación, los proveedores de apoyos y servicios del programa CLTS reconocen haber recibido una copia de este documento. |
| Nombre del proveedor (agencia) | Categoría de servicio (del campo 8) |
| Nombre de la persona que firma (por favor, escriba en letra de molde) | **FIRMA**  | Fecha de la firma |