|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DEPARTMENT OF HEALTH SERVICESDivision of Medicaid ServicesF-20445S (09/2022)  |  | STATE OF WISCONSIN |
| PLAN DE SERVICIO INDIVIDUAL - PROGRAMAS DE APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOSINDIVIDUAL SERVICE PLAN – children’s LONG-TERM SUPPORT programs |
| 1. Programa(s)[ ]  CLTS Waiver Program [ ]  CCOP | 1a. Tipo de plan [ ]  Nuevo [ ]  Recertificación[ ]  Revisión de seis meses [ ]  Actualización | 2. **ISP inicial**Fecha de desarrollo      | 3. **ISP actual**Fecha de finalización      | 4. Número de MCI      |
| **INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE** |
| 5. Nombre del participante      | 6. Dirección (calle)      | 6ª. Ciudad, estado, código postal      | 7. Fecha de nacimiento      |
| 8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de la calle)      | 9. Teléfono      | 10. Correo electrónico (optional)      | 11. Fecha de evaluación funcional      |
| **INFORMACIÓN DEL PROGRAMA** |
| 12. Costo compartido de Medicaid (si corresponde)      | 13. Pagos parentales estimados (si hubiera)      | 14. Costo total por día      |
| 15. Arreglo de vivienda actual (nombre o tipo)      |
| **INFORMACIÓN DE LA AGENCIA** |
| 16. Agencia de la exención      | 16a. Teléfono de la agencia       | 17. Coordinador de apoyo y servicios (SSC)      | 17a. Número de teléfono/ext. del SSC       |
| 16b. Dirección postal de la agencia (calle, ciudad, estado, código postal)      | 17b. Dirección del SSC (si es diferente de la agencia)      |
| 16c. Dirección de correo electrónico de la agencia (opcional)      | 17c. Dirección de correo electrónico del SSC      |
| **INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR** |
| 18. Nombre - Padre(s) o tutor      | 19. Dirección(es) de correo electrónico      |
| 20. Dirección postal (si es diferente a la del participante)      | 20a. Ciudad, estado, código postal      |
| 21. Teléfono (celular)      | 21a.Teléfono (2do celular, si corresponde)      | 21b. Teléfono (casa)       | 21c. Teléfono (trabajo)       |
| **EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE:** |
| 22. Nombre      | 23. Teléfono (de preferencia/principal)      | 24. Dirección de correo electrónico      |
| 25. Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)      | 26. Relación      |

| 27.Número código de servicio | 28.Nombre del Servicio | 28a.Nivel de cuidado (sicorresponde:bajo, medio o alto) | 29.Número resultado(F-20445A #5) | 30.Nombre, dirección, número de teléfono (correo electrónico, teléfono celular, si se conoce) del proveedor de servicio | 31a.Fecha de inicio | 31b.Fecha final | 32.Unit Cost($/hr or day) | 33.Unidades y frecuencia autorizadas (# / día, semana o mes) | 34.Costo diario (coste anual total / 365 días) | 35.Fuente de financiamiento |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**36.** **Tasa de valor atípico:** [ ]  Marque esta casilla cuando cualquier servicio listado en este ISP use una tasa de valor atípico aprobada por DHS.

|  |
| --- |
| **37 DERECHOS Y OPCIONES SELECCIÓNADOS POR EL PARTICIPANTE** **Revisión REQUERIDA en el desarrollo del plan inicial y recertificación. Todas las líneas se aplican al CLTS Waiver y CCOP, a menos que se indique lo contrario.**[ ]  Me informaron que tengo **DERECHO A ELEGIR** entre los servicios institucionales y los servicios comunitarios a través de un Medicaid Home and Community-Based Services (HCBS) de Medicaid (es decir, el programa de CLTS Waiver). (Esta línea no se aplica a los planes de CCOP solamente.[ ]  Me han informado de mis **OPCIONES** a través de los programas de apoyo a largo plazo para niños (es decir, el programa de CLTS Waiver y / o CCOP), incluido mi derecho a **ELEGIR EL TIPO DE SERVICIOS** que recibo bajo mi plan de servicio.[ ]  Entiendo que tengo **OPCIONES** a través de los programas de apoyo a largo plazo para niños, incluido mi derecho a **ELEGIR** proveedores calificados disponibles que brindarán los servicios descritos en mi plan.[ ]  Me han informado verbalmente y por escrito de mis derechos y responsabilidades en los programas de apoyo a largo plazo de los niños, y entiendo estos derechos y responsabilidades.[ ]  He sido informado verbalmente y por escrito de mi **DERECHO DE SOLICITAR UNA AUDIENCIA** si no estoy de acuerdo con las decisiones tomadas sobre mi **ELEGIBILIDAD** de participar en los programas de apoyo a largo plazo para niños. [ ]  He sido informado verbalmente y por escrito de mi **DERECHO DE SOLICITAR UNA AUDIENCIA** si no estoy de acuerdo con las decisiones tomadas que **NEGARÁN, REDUCIRÁN O CANCELARÁN** los servicios que reciba.[ ]  He elegido aceptar los servicios comunitarios a través de un programa de HCBS Waiver de Medicaid (es decir, el programa CLTS Waiver). (Esta línea no se aplica a los planes de CCOP solamente).**38 REVISIÓN / VERIFICACIÓN DE ACTUALIZACIÓN: SOLO SE APLICA A LA REVISIÓN DEL PLAN O LA ACTUALIZACIÓN DEL ISP**[ ]  La Revisión de ISP de seis meses se completó con el participante y la familia en la fecha a continuación y no hay cambios en el ISP en este momento.[ ]  La Revisión de ISP de seis meses se completó con el participante y la familia en la fecha a continuación y los cambios acordados en el ISP se incluyen aquí.[ ]  El ISP se actualizó en la fecha a continuación para reflejar los cambios (adiciones, aumentos o reducciones) a los servicios o proveedores planificados o a las unidades / frecuencia del servicio. |

**FIRMAS: Se requieren firmas de ISP al momento del desarrollo, revisión y recertificación del plan.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FIRMA** – Participante (si tiene al menos 14 años) | Fecha de la firma | **FIRMA** – Coordinador de Apoyo y Servicio  | Fecha de la firma |
| **FIRMA** – Padre / Tutor / Representante Autorizado | Fecha de la firam | **FIRMA** – Parent/Guardian/Authorized Representative | Fecha de la firma |
| **FIRMA** – Testigo (ver instrucciones) | Fecha de la firma |  |

**DISTRIBUTION:** Original – Support and Service Coordinator/Participant File; Copy – Participant/Parent/Guardian/Authorized Representative