|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES Division of Medicaid Services  F-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 (si  corresponde:  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