

**PLAN DE SERVICIO INDIVIDUAL - PROGRAMAS DE APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS****INDIVIDUAL SERVICE PLAN – CHILDREN'S LONG-TERM SUPPORT PROGRAMS**

1. Programa(s) <input type="checkbox"/> CLTS Waiver Program <input type="checkbox"/> CCOP	1a. Tipo de plan <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Revisión de seis meses <input type="checkbox"/> Recertificación <input type="checkbox"/> 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 (opcional)	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 o 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 SELECCIONADOS 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.**

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

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