



## Formulario para selección de administradores de casos

**Información del solicitante-** Envíe este formulario al [especialista de beneficios y elegibilidad \(BES\)](#) en su área

Solicitante: \_\_\_\_\_ Representante Legal autorizado: \_\_\_\_\_

### **Aceptación de opciones para elegir proveedores y de divulgación de conflicto de intereses del administrador de casos**

Por favor, ponga sus iniciales en cada línea para verificar que los servicios disponibles a través del programa de exención han sido explicados para usted.

\_\_\_ Entiendo que tengo la facultad para tomar decisiones sobre cuáles servicios recibiré y con qué proveedores trabajaré como participante de este programa.

\_\_\_ Entiendo que tengo el derecho de solicitar una resolución de disputas informal o una audiencia administrativa si no recibo opciones para elegir a mis proveedores.

\_\_\_ Entiendo que debo elegir un administrador de casos que no esté afiliado con ninguno de los otros servicios que recibo para que no haya un conflicto de intereses.

\_\_\_ Entiendo que tengo la responsabilidad de avisar a mi administrador de casos sobre cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono. Si durante el proceso de solicitud o mientras esté en la lista de espera para servicios mi administrador de casos no puede contactarme, entiendo que mi caso se cerrará.

### **Selección del administrador de casos**

Recibí una lista de administradores de casos (<https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/>) certificados disponibles en mi región y he completado las entrevistas de administradores de casos. He escogido al individuo siguiente para que sirva como mi administrador de casos, quien me ayudará a recopilar toda la información necesaria para demostrar mi elegibilidad clínica y, si soy elegible para servicios, desarrollar y presentar mi Plan de Cuidados Individualizados.

Nombre del administrador de casos: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si usted cambia de administrador de casos, ¿quién es su administrador de casos ahora?: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo para el nuevo administrador: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Mi administrador de casos actual tendrá acceso a mi caso hasta 7 días de calendario después que comience mi nuevo administrador de casos, con la finalidad de terminar cualquier tarea requerida del mes de servicios previo. (Por favor, escriba sus iniciales para indicar que entiende y está de acuerdo.)

### **Consentimiento para la divulgación de información**

Por favor, ponga sus iniciales en cada línea para verificar que usted entiende y está de acuerdo con la siguiente información:

\_\_\_ Estoy de acuerdo con participar en evaluaciones y pruebas para determinar mi elegibilidad clínica y la necesidad de servicios de exención.

\_\_\_ Autorizo la divulgación de mi información por parte de mi doctor, hospital, centro de salud mental comunitario, otros proveedores de servicios sociales, escuela, otros proveedores de servicios médicos y de mis familiares a los departamentos estatales de Wyoming y sus representantes, en todo lo relacionado con mi condición médica y capacidad para determinar los servicios de exención apropiados. Entiendo que puedo revocar esta divulgación de información por escrito en cualquier momento.

### **Firmas**



Wyoming  
Department  
of Health

## Formulario para selección de administradores de casos

_____ Firma del solicitante o representante legal autorizado	____/____/____ Fecha	_____ Firma del testigo <i>(Obligatorio si la firma es una "X")</i>	____/____/____ Fecha
_____ Firma del administrador de casos nuevo o actual	____/____/____ Fecha	_____ Firma del administrador de casos nuevo seleccionado	____/____/____ Fecha