

Verificación de visitas trimestrales de CCW



HOME AND
COMMUNITY-
BASED
SERVICES
WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

Instrucciones del formulario

Este formulario deberá completarse y firmarse para cada visita trimestral con el fin de verificar que la visita se haya realizado. Después de completarse, el formulario deberá cargarse en el Sistema Electrónico de Exenciones de Medicaid (EMWS).

Participante: _____

Fecha de la visita: _____

Hora de comienzo: _____ **Hora de terminación:** _____

Firma del participante o representante legalmente autorizado: _____.

Nombre del representante legalmente autorizado (letra de molde): _____ Fecha: _____
(Si corresponde)

Administrador de casos: _____

Agencia: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Notas:

