|  |
| --- |
| ***Los administradores de casos tienen requerido desarrollar este plan cuando reciben una notificación de que el individuo se ha determinado ser inicialmente elegible, y cada vez que haya una actualización de la información de contacto u otros componentes del plan de cuidados.***  |
| Nombre legal del individuo:  | **Administrador de casos:**  |
| Dirección física:  | **# de Medicaid:**  |
| **Dirección de correo postal:** [ ]  **Misma que la dirección física**  | **Fecha de nacimiento:**  |
| **Número de teléfono:** [ ]  **Celular** [ ]  **Casa** [ ]  **Trabajo**  | **Fecha de comienzo del plan:**  |

**Necesidades de apoyo:**

Para cada categoría, describa brevemente las necesidades de apoyo del individuo. Describa cómo esas necesidades podrían satisfacerse a través de los apoyos naturales u otros servicios que no son de exención.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoría** | **Apoyo necesario** | **Apoyos naturales/Servicios que no son de exención** |
| **MÉDICA** |   |   |
| **SOCIAL** |   |   |
| **EDUCACIÓN O EMPLEO** |   |   |
| **OTRA** |   |   |

**Apoyo del administrador de casos:**

Describa brevemente el plan de apoyo de administración de casos, incluyendo la frecuencia de las verificaciones o visitas del administrador de casos y cómo el individuo o su red de apoyo puede ponerse en contacto con usted:

**Todas las partes involucradas que se incluyen en este plan tienen requerido notificar a otras partes sobre los cambios a la información de contacto de una manera oportuna.**

Firma del individuo Fecha

Representante legalmente autorizado (si corresponde) Fecha

Firma del administrador de casos Fecha