|  |  |
| --- | --- |
| ***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