

# Formulario para Selección de Administradores de Casos



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

**Información del Aplicante:** Envíe este formulario al [Especialista en Beneficios y Elegibilidad \(BES\)](#) en su área

Solicitante: \_\_\_\_\_ Representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de elección de proveedores y divulgación de conflicto de intereses del administrador de casos

Escriba sus iniciales en cada línea para verificar que se le hayan explicado los servicios disponibles a través de este Programa de exención.

\_\_\_\_ Entiendo que tengo la capacidad de tomar decisiones con respecto a qué servicios se me brindarán y con qué proveedores trabajaré como participante de la exención.

\_\_\_\_ Entiendo que tengo derecho a solicitar una resolución informal de disputas o una audiencia administrativa si no tengo la opción de elegir proveedores.

\_\_\_\_ Entiendo que debo elegir un administrador de casos que no esté relacionado conmigo ni afiliado a ninguno de mis otros servicios, por lo que no existirá un conflicto de intereses.

\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad notificar a mi administrador de casos sobre cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono. Si, durante el proceso de solicitud o mientras estoy en la lista de espera para recibir servicios, mi administrador de caso no puede comunicarse conmigo, entiendo que mi caso puede cerrarse.

## Selección del administrador de casos

Una lista de administradores de casos certificados (<https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/>) que están disponibles en mi región y he completado mis entrevistas como administrador de casos. He elegido a la siguiente persona para que actúe como mi administrador de casos, me ayude a recopilar la información necesaria para determinar mi elegibilidad clínica y, si soy elegible para recibir servicios, desarrolle y presente mi plan de atención individualizado.

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Si está cambiando su administrador de casos, ¿quién es su administrador de casos actual? \_\_\_\_\_

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Mi administrador de casos actual tendrá acceso a mi caso por hasta siete días calendario después de que comience mi nuevo administrador de casos, para poder completar las tareas requeridas del mes de servicio anterior. (Por favor ponga sus iniciales si comprende y está de acuerdo). \_\_\_\_\_

## Consentimiento para la divulgación de información

Por favor ponga sus iniciales en cada línea para verificar que comprende y acepta la siguiente información:

\_\_\_\_ Acepto participar en evaluaciones y exámenes para determinar mi elegibilidad clínica y necesidad de servicios de exención.

\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de mi información por parte de mi médico, hospital, centro comunitario de salud mental, otros proveedores de servicios sociales, escuela, proveedores de servicios de salud y familiares hacia y entre las agencias estatales de Wyoming y sus agentes, en lo que se refiere a mi información médica, condición y capacidad, para determinar los servicios de exención apropiados. Entiendo que puedo revocar esta divulgación de información por escrito en cualquier momento.

## Firmas

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o  
Representante Legalmente Autorizado      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del testigo  
(Obligatorio si la firma es una "X")      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Administrador de Casos Nuevo o Actual      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nuevo Administrador de Casos Seleccionado      Fecha