

Formulario de consenso del equipo de ECC



De conformidad con el Capítulo 46, Sección 15 de las Reglas de Medicaid del Departamento de Salud, antes de presentar una solicitud de ECC, el equipo del plan de atención del participante se reunirá y llegará a un consenso de que la solicitud es necesaria y se han explorado otras opciones de apoyo o recursos.

El administrador de casos y los miembros del equipo del plan de atención. son requeridos para Utilice este formulario para demostrar el consenso sobre la necesidad de una solicitud de ECC.

Nombre legal del participante	Administrador de casos	Aprobado OTROS	Fecha de inicio del plan
--------------------------------------	-------------------------------	-----------------------	---------------------------------

¿Qué pide el equipo?

¿Es necesaria la solicitud de ECC?

¿Cómo cumple la solicitud el Capítulo 46 de las Reglas de Medicaid de Wyoming, sección 1? 14 y 15?

Describa otras opciones de apoyo o recursos que se hayan explorado.

Firma de asistencia	Nombre impreso/Organización	Fecha de firma	De acuerdo con la solicitud	Relación/Servicio Prestado
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Partícipe
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	guardián
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Administrador de casos
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	