

Plan de cuidados de TMC



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

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