

Verificación de visitas mensuales de CCW



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

Instrucciones del formulario

Este formulario debe completarse y firmarse en cada visita mensual para verificar que la visita ocurrió. Una vez completado, el formulario debe cargarse en el Sistema Electrónico de Exenciones de Medicaid (EMWS).

Participante: _____

Fecha de la visita: _____

Hora de comienzo: _____ **Hora de terminación:** _____

Firma del participante o representante legalmente autorizado (LAR): _____

Nombre del representante legalmente autorizado (letra de molde): _____

Fecha: _____

(si corresponde)

Firma del personal de

ALF¹: _____ Fecha: _____

(si corresponde)

Manejador de casos: _____

Agencia: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Notas:

¹ Si el participante o LAR no está disponible o no puede firmar, un miembro del personal de ALF puede firmar el formulario.