

**PLAN DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DEL PROGRAMA *ALTCS* DE
ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM**

Nombre de miembro:	Número ID de AHCCCS:	Fecha:	Próxima fecha de revisión: <i>marque una</i> <input type="checkbox"/> en no más de 90 días (<i>HCBS</i>) <input type="checkbox"/> en no más de 180 días <i>(Instalación de Enfermería-Nursing Facility- U Hogar en grupo -Group Home-DDD)</i> <input type="checkbox"/> anual (sólo para atenciones agudas)
---------------------------	-----------------------------	---------------	---

Elijo el modelo de servicio siguiente:

(Marque "no es pertinente" para miembros que no reciban Atenciones del Diario Vivir -Attendant Care-, atenciones personales -Personal Care-, amos de casa -Homemaker-, o habilitación -Habilitation-)

- TRADICIONAL
 AGENCIA CON ELECCIÓN
 ATENCIONES DEL DIARIO VIVIR AUTODIRIGIDAS
 NO ES PERTINENTE
 PROVEEDOR(A) INDEPENDIENTE (*miembros DDD o FFS*)

Servicios y proveedor(a)	Frecuencia de servicio antes de esta evaluación	Frecuencia de servicio evaluada en la actualidad	Cambio de servicio	Fecha de comienzo/final	Miembro o representante
			<input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> nuevo <input type="checkbox"/> aumentar <input type="checkbox"/> reducir <input type="checkbox"/> terminar <input type="checkbox"/> suspender		<input type="checkbox"/> de acuerdo <input type="checkbox"/> en desacuerdo
			<input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> nuevo <input type="checkbox"/> aumentar <input type="checkbox"/> reducir <input type="checkbox"/> terminar <input type="checkbox"/> suspender		<input type="checkbox"/> de acuerdo <input type="checkbox"/> en desacuerdo
			<input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> nuevo <input type="checkbox"/> aumentar <input type="checkbox"/> reducir <input type="checkbox"/> terminar <input type="checkbox"/> suspender		<input type="checkbox"/> de acuerdo <input type="checkbox"/> en desacuerdo
			<input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> nuevo <input type="checkbox"/> aumentar <input type="checkbox"/> reducir <input type="checkbox"/> terminar <input type="checkbox"/> suspender		<input type="checkbox"/> de acuerdo <input type="checkbox"/> en desacuerdo
			<input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> nuevo <input type="checkbox"/> aumentar <input type="checkbox"/> reducir <input type="checkbox"/> terminar <input type="checkbox"/> suspender		<input type="checkbox"/> de acuerdo <input type="checkbox"/> en desacuerdo

Comentarios:

Reconocimiento de plan de servicio: Mi administrador(a) del caso ha revisado el plan de servicio conmigo. Sé los servicios que recibiré y con cuánta frecuencia. Me han explicado todos los cambios en los servicios que había estado recibiendo. He marcado arriba si estoy de acuerdo o en desacuerdo con cada servicio. Sé que toda reducción, terminación o suspensión (detención por un lapso fijo de tiempo) de mis servicios actuales no comenzará antes de los 10 días de la fecha de este plan. Sé que podré pedir que esto suceda antes.

Si no estuviera de acuerdo con alguno de o todos los servicios que se han autorizado en este plan. Lo haré constar arriba. Sé que mi administrador(a) del caso me enviará una carta que me dirá por qué se negaron, redujeron, suspendieron o terminaron los servicios que pedí. La carta me dirá cómo apelar la decisión que se haya tomado acerca de mis servicios. La carta también me dirá cómo podré recibir servicios continuados.

**PLAN DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DEL PROGRAMA *ALTCS* DE
ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM**

Nombre de miembro:	Número ID de AHCCCS:
---------------------------	-----------------------------

Mi administrador(a) del caso me ha dicho cómo funciona el proceso de apelación. Sé cómo puedo apelar cambios de servicios con los que no esté de acuerdo. Sé que puedo cambiar de parecer después acerca de los servicios con los que esté de acuerdo hoy día. Sé que, si cambiare de parecer antes de que los cambios cobraren vigencia, recibiré una carta que me diga el motivo por el que cambiaron mis servicios. La carta también me dirá mis derechos de apelación, incluso cómo recibir servicios continuados.

Administrador(a) del caso: *Por favor, enumere todos los servicios proporcionados no pagos por ALTCS por su fuente de pago (por ejemplo, Medicare). Adjunte una hoja aparte si hicieran falta más líneas. Por favor, no incluya sustentos informales o naturales, puesto que éstos no se enumeran en el HNT.*

Servicio no pago por ALTCS	Parte responsable o fuente de pago	Frecuencia aproximada de servicio (por ejemplo: a diario, semanal, mensual)

Se que puedo pedir que se celebre otra junta de planificación de servicios para repasar mis necesidades y todo cambio que haga falta a este plan Podré comunicarme con mi administrador(a) del caso, _____ al (____) ____-____. También sé que podré comunicarme en cualquier momento con mi administrador(a) del caso para platicar de cualquier duda, asunto o preocupación que yo tenga sobre mis servicios. Mi administrador(a) del caso se comunicará conmigo en plazo de 3 días hábiles. Una vez haya hablado con mi administrador(a) del caso, me dará a saber su decisión sobre ese pedido en plazo de 14 días. Si mi administrador(a) del caso no pudiera tomar una decisión sobre lo pedido en plazo de 14 días, me enviará una carta para notificarme que necesitará más tiempo para tomar una decisión.

_____ Firma de miembro o representante legal	_____ Fecha
_____ Firma de representante individual (solo para agencia con opción)	_____ Fecha
_____ Firma de administrador(a) del caso	_____ Fecha

Otros comparecientes: *(Comparecientes: Favor de tomar nota de que, al firmar a continuación, indicarán que han participado en la junta de planificación de servicios de hoy y que no atestiguan si acaso están de acuerdo o en desacuerdo con este plan de servicio).*

_____ Nombre	_____ Firma	_____ Nombre de agencia o parentesco	_____ Fecha
_____ Nombre	_____ Firma	_____ Nombre de agencia o parentesco	_____ Fecha
_____ Nombre	_____ Firma	_____ Nombre de agencia o parentesco	_____ Fecha

Administradores de casos: *Por favor, haga constar cuándo se envió el plan de servicios a su miembro, representante individual y/o representante legal.*

Nombre	Fecha