|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00989KS (02/2017) | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | |
| **PLAN DE TRANSICIÓN — OTRO**  **TRANSITION PLAN—OTHER** | | | | | | |
| Nombre del niño | | | | Fecha del reporte | | |
|  | | | |  | | |
| Una transición es cualquier evento importante que afecte a un niño y a su familia, como mudarse fuera del condado o estado, mudarse a o entre programas, volver a casa de la NICU, cambio de una situación de cuidado infantil, o cumplir los 3 años de edad. | | | | | | |
| ¿Qué tipo de transición es esta? | | | | | | |
|  | La familia se mudo | |  | | Plan Individualizado de Servicios para la Familia cumplido | |
|  | La familia declinó los servicios | |  | | Otra: | |
| Participantes en la discusión de la transición | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Opciones de transición discutidas | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Resultado(s) para el niño y su familia durante esta transición | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ¿Dónde comenzará nuestra planificación conjunta? ¿Cuáles son los pasos para llevar a cabo la transición y los resultados? | | | | | | |
| ¿Quién lo hará? | | | | | | ¿Cuándo? |
|  | | | | | |  |
| OTRO AVISO PREVIO POR ESCRITO ( WPN) | | | | | | |
| Proponemos: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Otra decision considerada: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Esta decisión se recomienda basándose en (información y razones): | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Usted tiene derecho a estar de acuerdo con o a rechazar la decisión propuesta. Junto a este documento se encuentra una copia de los derechos de los padres y los hijos y las acciones a tomar si usted no está de acuerdo con la propuesta de acción. Estas son una breve revisión de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de los padres y los hijos, por favor póngase en contacto con su coordinador de servicios. No dude en llamar si tiene alguna pregunta. | | | | | | |
| AVISO PREVIO POR ESCRITO (WPN ) A LA SALIDA | | | | | | |
| Fecha del último día en el Birth to 3 Program: | | | | | | |
| F-00989KS | | | | | | |
| Otra decision considerada: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Esta decisión se recomienda basándose en (información y razones): | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Usted tiene derecho a estar de acuerdo con o a rechazar la decisión propuesta. Junto a este documento se encuentra una copia de los derechos de los padres y los hijos y las acciones a tomar si usted no está de acuerdo con la propuesta de acción. Estas son una breve revisión de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de los padres y los hijos, por favor póngase en contacto con su coordinador de servicios. No dude en llamar si tiene alguna pregunta. | | | | | | |
|  | | | | | | |