|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-03144S (09/2024) | | | **STATE OF WISCONSIN**  Federal Regulation 42 CFR § 435.225 & 435.916 | | | | | | |
| **KATIE BECKETT MEDICAID**  **Redeterminación de Discapacidad: Información del Proveedor**  **(KATIE BECKETT MEDICAID Disability Redetermination: Provider Information)**  Brinde información sobre cualquier proveedor que haya completado las evaluaciones, tratamiento o servicios/apoyos durante los últimos dos años. Esta información será utilizada para completar la redeterminación de discapacidad requerida para Katie Beckett Medicaid. | | | | | | | | | |
| Apellido del menor | Nombre del menor | | | Inicial del segundo nombre del menor | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | |
|  |  | | |  | | |  | | |
| **Complete lo siguiente.** | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO** | | | | | | | | | |
| 1. **Diagnóstico**: ¿Qué diagnósticos tiene actualmente el menor? | | | | | | | | | |
| Diagnóstico | Nombre del proveedor, de la clínica y dirección | | | | | | | | ¿Fecha de diagnóstico? |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| 1. **Necesidades de salud mental** | | | | | | | | | |
| ¿El menor necesita alguno de los siguientes apoyos para necesidades conductuales o de salud mental?  Clinical Case Management and Service Coordination (Administración de caso clínico y coordinación de servicios)  Sistema de justicia criminal  Servicios de salud mental (marque todo lo que corresponda)  Revisión de medicamentos psiquiátricos con un psiquiatra u otro médico  Sesiones de orientación con psicólogo o trabajador social clínico con licencia  Tratamiento psiquiátrico como paciente hospitalizado  Tratamiento diurno: jornada parcial o completa  Tratamiento conductual para niños con trastornos del espectro autista bajo la supervisión de un profesional de salud mental  Psicoterapia en el hogar bajo la supervisión de un profesional de la salud mental  Servicios contra el abuso de sustancias  Apoyos en la escuela para los problemas emocionales y/o conductuales | | | | | | | | | |
| Indique el tipo de apoyo, el nombre del proveedor, la dirección y el número de teléfono de cualquier apoyo seleccionado arriba. En casos de apoyos en la escuela, incluya el nombre de la escuela y la persona de contacto. | | | | | | | | | |
| Tipo de Apoyo | Nombre del proveedor, de la clínica y dirección | | | | | Número de teléfono (incluir el código de área) | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
| 1. **Otros proveedores (médicos, atención en el hogar y servicios sociales)**: indique todos los proveedores actuales junto con su dirección y número de teléfono. | | | | | | | | | |
| Nombre del proveedor y de la clínica | | Dirección | | | | Número de teléfono (incluir el código de área) | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
| ¿Aproximadamente cuántas horas a la semana se requieren para proveer todos los servicios mencionados arriba? | | | | | | | | | |
| 1. **Terapia**: indique las terapias en las que participa el menor (p. ej., terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla). | | | | | | | | | |
| Tipo de terapia | Nombre del proveedor, dirección y número de teléfono | | | | Lugar donde se provee la terapia (hogar, escuela, clínica) | | | Número de sesiones por semana | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Hospitalizaciones**: ¿El menor ha sido hospitalizado en los últimos dos años?  Sí  No | | | | | |
| Motivo de hospitalización | Fecha de admisión | | Fecha de alta | | Nombre y dirección del hospital |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 1. **Escuela:** ¿El menor tiene un Individualized Education Program (Programa de Especialización Individualizado, IEP) o un Individual Family Service Plan (Plan de Servicio Familiar Individualizado, IFSP)?  Sí  No ¿El menor está inscrito en servicios de educación especial?  Sí  No | | | | | |
| Nombre de escuela | | Nivel de grado | | Nombre(s) del maestro/proveedor, dirección, teléfono | |
|  | |  | |  | |
|  | | | | | |

El estado de Wisconsin es un proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Esta carta contiene información que afecta sus beneficios. Si necesita este material en un formato diferente debido a una discapacidad o si necesita que esta carta sea traducida o explicada en su propio idioma, llame al 1-888-786-3246. Estos servicios son gratuitos.