

**PLAN DE SERVICIOS DEL INDEPENDENT LIVING SUPPORTS PILOT (PILOTO DE APOYOS PARA UNA VIDA INDEPENDIENTE, ILSP)**

**(INDEPENDENT LIVING SUPPORTS PILOT (ILSP)  
SERVICE PLAN)**

Completar y firmar este formulario es voluntario; sin embargo, no se puede procesar ninguna remisión para la inscripción en el programa ILSP sin el formulario completado y firmado. Para solicitar este programa, los solicitantes deben comunicarse con su oficina local del Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC). Puede encontrar la información de contacto de su ADRC local en [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).

Toda la información ingresada debe ser completa y precisa. Se necesita su firma o la firma de su tutor legal, curador o persona con poder notarial vigente para finanzas. Si firma con una marca, es necesaria la firma de dos testigos. Si no está capacitado físicamente para firmar, el solicitante puede indicar a una persona adulta que firme el formulario en su nombre frente a dos testigos. La persona que firme en nombre del solicitante debe indicar que está firmando el formulario de acuerdo con sus instrucciones.

Solo el personal del Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC) puede aprobar, finalizar o actualizar el plan de servicio. La información recopilada en este formulario se proporcionará al administrador externo del ILSP para ayudar en la incorporación del proveedor y el pago de las reclamaciones.

La información se compartirá con el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin y sus agentes para la administración y evaluación del ILSP.

**Plan de servicios**

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Identificación del ILSP		ADRC que hace la remisión	
Equipo/servicio		Tipo de unidad		Cantidad de unidades	
Tipo de servicio		Código		Precio (por unidad) \$	
Costo total \$		Nombre del proveedor		Dirección	
Número de teléfono		Control de antecedentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Dirección de correo electrónico (si dispone)		Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Discontinuado		Fecha de finalización o <input type="checkbox"/> lo antes posible	
Comentarios:					
Equipo/servicio		Tipo de unidad		Cantidad de unidades	
Tipo de servicio		Código		Precio (por unidad) \$	
Costo total \$		Nombre del proveedor		Dirección	
Número de teléfono		Control de antecedentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Dirección de correo electrónico (si dispone)		Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Discontinuado		Fecha de finalización o <input type="checkbox"/> lo antes posible	
Comentarios:					
Equipo/servicio		Tipo de unidad		Cantidad de unidades	
Tipo de servicio		Código		Precio (por unidad) \$	
Costo total \$		Nombre del proveedor		Dirección	
Número de teléfono		Control de antecedentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Dirección de correo electrónico (si dispone)		Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Discontinuado		Fecha de finalización o <input type="checkbox"/> lo antes posible	
Comentarios:					

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Identificación del ILSP		ADRC que hace la remisión	
Equipo/servicio		Tipo de unidad		Cantidad de unidades	
Tipo de servicio		Código	Precio (por unidad) \$		Costo total \$
Nombre del proveedor	Dirección		Número de teléfono		Control de antecedentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Dirección de correo electrónico (si dispone)		Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Discontinuado		Fecha de finalización o <input type="checkbox"/> lo antes posible	
Comentarios:					
Equipo/servicio		Tipo de unidad		Cantidad de unidades	
Tipo de servicio		Código	Precio (por unidad) \$		Costo total \$
Nombre del proveedor	Dirección		Número de teléfono		Control de antecedentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Dirección de correo electrónico (si dispone)		Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Discontinuado		Fecha de finalización o <input type="checkbox"/> lo antes posible	
Comentarios:					
Equipo/servicio		Tipo de unidad		Cantidad de unidades	
Tipo de servicio		Código	Precio (por unidad) \$		Costo total \$
Nombre del proveedor	Dirección		Número de teléfono		Control de antecedentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Dirección de correo electrónico (si dispone)		Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Discontinuado		Fecha de finalización o <input type="checkbox"/> lo antes posible	
Comentarios:					

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Identificación del ILSP		ADRC que hace la remisión	
Equipo/servicio		Tipo de unidad		Cantidad de unidades	
Tipo de servicio		Código		Precio (por unidad) \$	
Costo total \$		Nombre del proveedor		Dirección	
Número de teléfono		Control de antecedentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Dirección de correo electrónico (si dispone)		Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Discontinuado		Fecha de finalización o <input type="checkbox"/> lo antes posible	
Comentarios:					
Equipo/servicio		Tipo de unidad		Cantidad de unidades	
Tipo de servicio		Código		Precio (por unidad) \$	
Costo total \$		Nombre del proveedor		Dirección	
Número de teléfono		Control de antecedentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Dirección de correo electrónico (si dispone)		Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Discontinuado		Fecha de finalización o <input type="checkbox"/> lo antes posible	
Comentarios:					
Equipo/servicio		Tipo de unidad		Cantidad de unidades	
Tipo de servicio		Código		Precio (por unidad) \$	
Costo total \$		Nombre del proveedor		Dirección	
Número de teléfono		Control de antecedentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Dirección de correo electrónico (si dispone)		Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado <input type="checkbox"/> Discontinuado		Fecha de finalización o <input type="checkbox"/> lo antes posible	
Comentarios:					

## Autorización

El participante o su representante legal debe escribir sus iniciales a continuación:

\_\_\_\_ Entiendo que el administrador externo debe verificar todas las credenciales de los proveedores de servicios antes de que presten los servicios. El administrador externo alertará al proveedor y al participante cuando se otorgue la aprobación. No se deben prestar servicios antes de esta aprobación.

\_\_\_\_ Entiendo que el plan de servicio es una autorización de pago al proveedor tras la aprobación del administrador externo. No se autorizarán reclamaciones que excedan los montos aprobados o el presupuesto máximo de \$7,200 y serán responsabilidad del participante.

\_\_\_\_ Entiendo que mi plan de servicio es válido solo mientras estoy inscrito activamente en el programa ILSP. Mi inscripción finalizará 12 meses después de la fecha de inscripción en mi formulario de solicitud.

\_\_\_\_ Entiendo que, si no respondo a las llamadas del ADRC y el administrador externo, y no utilizo mis servicios durante tres meses, se cancelará mi inscripción en el programa ILSP.

<b>FIRMA</b> del participante	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> del tutor legal, el curador o la persona con poder notarial vigente para finanzas	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> del tutor legal, el curador o la persona con poder notarial vigente para finanzas	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> del testigo (si corresponde)	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> del testigo (si corresponde)	Fecha de la firma