|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  **STATE OF WISCONSIN**  Division of Medicaid Services  F-20445AS (05/2022) | | | |
| **PLAN DE SERVICIO INDIVIDUAL – RESULTADOS – PROGRAMAS DE APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS**  **INDIVIDUAL SERVICE PLAN — OUTCOMES — CHILDREN’S LONG-TERM SUPPORT PROGRAMS** | | | |
| 1. Programa(s)  CLTS Waiver  CCOP | | 2. Nombre —Coordinador de apoyo y servicios, agencia | |
| 3. Nombre – Participante | | | |
| 4. Número de resultado | 5. Resultado(s) deseado(s) abordado(s) en el plan de servicio | 6. Estado de los resultados o actualización de los progresos | 7. Fecha |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**8. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN INFORMADA POR EL PARTICIPANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Marque todos los servicios esenciales que correspondan **financiados por el CLTS** Waiver incluidos en el plan actual: | |
| Hogar familiar para adultos  Cuidado infantil  Cuidado de crianza temporal  Ayuda a la comunicación para la inclusión en la comunidad\*  Empleo integrado en la comunidad/competitivo  Servicios de integración en la comunidad  Servicios de asesoramiento y servicios terapéuticos  Formación en habilidades para la vida diaria  Servicios diurnos | Descubrimiento y planificación de la carrera profesional\*  Asesoramiento en materia de duelo y luto  Salud y bienestar\*  Tutoría  Servicios de agentes (*broker*) de dirección para participantes y familias  Apoyos personales (excluyendo la atención domiciliaria rutinaria/los servicios de tareas domésticas/el control de plagas)  Servicios de relevo (*respite*)  Planificación y prevención de la seguridad\* |

Los proveedores de los servicios indicados anteriormente que cumplan la definición de proveedor de servicios esenciales recibirán una copia de este documento (F-20445A), y se les pedirá que firmen y devuelvan una copia a la agencia de exención.

\*Los componentes de este servicio pueden tener proveedores que cumplan con la definición de un proveedor de servicios esenciales.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **9. FIRMAS DEL PROVEEDOR**  Las agencias de exención deben indicar **uno** de los siguientes: | | | |
| Esta información se comparte con los proveedores de servicios que se agregaron recientemente al ISP del participante.  Esta información se comparte con los proveedores de servicios en la revisión anual del participante. | | | |
| Al firmar a continuación, los proveedores de apoyos y servicios del programa CLTS reconocen haber recibido una copia de este documento. | | | |
| Nombre del proveedor (agencia) | | Categoría de servicio (del campo 8) | |
| Nombre de la persona que firma (por favor, escriba en letra de molde) | **FIRMA** | | Fecha de la firma |