|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-21076S (03/2021) |  | | | **STATE OF WISCONSIN** | | |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO – EVALUACIÓN FUNCIONAL DE APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS**  **iNFORMED CONSENT – CHILDREN’S LONG-TERM SUPPORT FUNCTIONAL SCREEN** | | | | | | |
| Nombre del niño (apellido, nombre, inicial) | | | | | | |
| La evaluación funcional de apoyo a largo plazo para niños (Children’s Long Term Support Functional Screen o CLTS FS) se utilizará para determinar la **elegibilidad funcional** de su hijo en los siguientes programas:   * Comprehensive Community Service (CCS) * Children’s Community Options Program (CCOP) * Children’s Long-Term Support (CLTS) Waiver Program * Katie Beckett Medicaid   La CLTS FS solo determina la elegibilidad funcional. No determina la elegibilidad del programa.  Toda la información recopilada para completar la CLTS FS se mantiene confidencial. Sólo tiene acceso a la información el personal que participa en el cuidado del niño, la supervisión de la calidad o la tramitación o investigación de apelaciones.  Los resultados más recientes de la CLTS FS se consideran los más precisos y deben utilizarse para determinar la elegibilidad del programa. Si los resultados de la CLTS FS indican que un niño ya no es funcionalmente elegible para un programa del que el niño recibe actualmente servicios, es responsabilidad del examinador informar a ese programa de los resultados de la CLTS FS. Estos resultados de elegibilidad funcional son vinculantes para todos los programas en los que la CLTS FS determina la elegibilidad funcional.  Tiene derecho a apelar las determinaciones de elegibilidad funcional y la fecha de la evaluación funcional. La determinación de la CLTS FS se le debe proporcionar por escrito no menos de 10 días antes de la fecha de vigencia. La denegación de la elegibilidad funcional o la terminación de la elegibilidad funcional se puede apelar mediante una audiencia imparcial ante la Division of Hearing and Appeals del State of Wisconsin Department of Administration:  Sitio web: <https://doa.wi.gov/Pages/LicensesHearings/DHAWFSRequestingaHearing.aspx>  Teléfono: 608-266-7709  Correo electrónico: [DHAMail@wisconsin.gov](mailto:DHAMail@wisconsin.gov)  Puede apelar cualquier parte de la determinación de elegibilidad funcional inicial dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la notificación por escrito. Puede apelar cualquier parte de la determinación de elegibilidad funcional anual para la recertificación dentro de los 90 días posteriores a la recepción de la notificación por escrito.  Como lo demuestra mi firma, por la presente autorizo el uso de la evaluación funcional de apoyo a largo plazo para niños (CLTS FS). Entiendo que la información proporcionada para la CLTS FS se utilizará para determinar la elegibilidad funcional de mi hijo para los siguientes programas: Comprehensive Community Service (CCS), Children’s Community Options Program (CCOP), Children’s Long-Term Support (CLTS) Waiver Program, y Katie Beckett Medicaid.  Este consentimiento es válido durante 12 meses después de la firma.  Doy mi consentimiento para que se realice la CLTS FS.  No doy mi consentimiento para que se realice la CLTS FS. | | | | | | |
| **FIRMA** – Persona que está sujeta a la CLTS FS  (si tiene 14 años o más y puede firmar) | | | | |  | Fecha de la firma |
|  | |  |  | |  |  |
| **FIRMA** – Otra persona legalmente autorizada a dar su consentimiento para la persona sujeta a la CLTS FS | |  | Relación con el sujeto | |  | Fecha de la firma |