Wraparound Milwaukee – Programa REACH

DOCUMENTACIÓN DE DESINSCRIPCIÓN

Nombre del Niño_____ Número de Membresía_____

Nombre del Padre o Guardián _____ Número de Seguro Social_____

Fecha Solicitando la Desinscripción_____

Fecha de la Reunión para la Desinscripción del Plan de Cuidados_____ Fecha de Nacimiento_____

Firmas de los Miembros del Equipo Presentes en la Reunión para Desinscripción:

Firmas de los Miembros del Equipo

_____	_____	_____
Joven	Miembro del Equipo	Representación
_____	_____	_____
Padre/ Guardián	Miembro del Equipo	Representación
_____	_____	_____
Coordinador de Cuidados	Miembro del Equipo	Representación
_____	_____	_____
Supervisor	Miembro del Equipo	Representación

Aviso: Si es incapaz de obtener las firmas del padre/guardián y/o joven en la desinscripción de plan de cuidados, por favor indique la razón y adjunte notas de progreso del mes anterior y recibos de correo certificado.

Razón para la Desinscripción:

- ☐ Joven/ familia han obtenido progreso substancial y las necesidades han sido cumplidas.
- ☐ Joven/ familia han obtenido progreso, pero quedan necesidades. La continuación de servicios ha sido planificada.
- ☐ Cambios en la elegibilidad del Joven para Medicaid.
  Nivel del Progreso Logrado: ___ Substancial ___ Algo ___ No han sido cumplidos
- ☐ Joven/ familia se mudaron fuera del condado.
  Nivel del Progreso Logrado: ___ Substancial ___ Algo ___ No han sido cumplidos
- ☐ Joven/ familia ya no quieren los servicios de Wraparound.
  Nivel del Progreso Logrado: ___ Substancial ___ Algo ___ No han sido cumplidos
- ☐ Familia/ Joven ausentes por más de 30 días
- ☐ Otro (explique): _____
  Nivel del Progreso Logrado: ___ Substancial ___ Algo ___ No han sido cumplidos

La Desinscripción fue Revisada y Aprobada por:

_____ _____
Fecha

_____ _____
Fecha

(Para el Uso de EDS Solamente)

Desinscripción es: ☐ Aprobada Fecha Efectiva de la Desinscripción_____

☐ Denegada Razón por Denegación_____