

**APÉNDICE AL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN DEL KATIE BECKETT PROGRAM PARA
 SOLICITUD ADICIONAL DE LOS CHILDREN'S LONG TERM SUPPORT PROGRAMS DE WISCONSIN
 ADDENDUM TO THE KATIE BECKETT PROGRAM RECERTIFICATION FORM FOR
 ADDITIONAL APPLICATION FOR WISCONSIN'S CHILDREN'S LONG TERM SUPPORT PROGRAMS**

1. Apellido del niño	Nombre del niño	Inicial del niño	2. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	3. Fecha de nacimiento (mes/día/año)
12. ¿En cuál programa estaba usted interesado primero, es decir el programa que fue la razón por la que llamo para pedir una solicitud? <input type="checkbox"/> Children's Community Options Program <input type="checkbox"/> Katie Beckett Program – Medicaid <input type="checkbox"/> CLTS Waiver				
13. ¿Cómo se enteró acerca de dónde solicitar para este programa(s)?				
14. Marque los programas para los que usted está solicitando. <input type="checkbox"/> Children's Community Options Program <input type="checkbox"/> Katie Beckett Program–Medicaid <input type="checkbox"/> CLTS Waiver				
15. ¿Estaría usted dispuesto a participar en una encuesta sobre sus experiencias con este proceso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

35. ACUERDOS Y AUTORIZACIONES

Comprendo que la información de identificación personal contenida en este formulario se utiliza para poder determinar la elegibilidad para todos los programas de Children's Long Term Support (CLTS) de Wisconsin. Además, esta información se utiliza para completar la Children's Long-Term Support Functional Screen (CLTS FS) como parte del proceso de revisión y resolución de elegibilidad funcional. Acepto que la CLTS FS determina la elegibilidad funcional o nivel de cuidado para cada uno de los siguientes programas: Comprehensive Community Services, Community Recovery Services, Children's Community Options Program, Katie Beckett Medicaid Program, Medicaid Home and Community-Based Children's Services Waivers, Mental Health Wrap Around Services. También comprendo que los resultados de la evaluación afectan la elegibilidad para todos estos programas.

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información contenida en esta solicitud y proporcionada en relación a la misma, constituye una declaración verdadera y completa de los hechos a mi leal saber y entender. También entiendo que se me pueden solicitar pruebas de cualquier información proporcionada en este formulario de solicitud, y que dar información falsa me sometería al procesamiento por fraude.

Aunque la información que se obtiene en esta solicitud se utiliza para los fines establecidos, puede que la información también se revele sin un consentimiento escrito emitido por la Bureau of Children's Services según lo autorizan las leyes federales, como la ley de privacidad, ley de seguridad social y los estatutos del estado de Medicaid, a fin de permitir que se coordine la entrega de solicitudes y servicios con un tercero (Ej. proveedor de servicios privados que se contrató) o con otra agencia gubernamental (Ej. agencia de servicios humanos del condado).

Si estoy en desacuerdo con la decisión de la agencia en lo que respecta a la elegibilidad de mi hijo para el programa al que se está inscribiendo, se puede solicitar una audiencia imparcial a la Division of Hearings and Appeals (División de audiencias y apelaciones), 5005 University Avenue, Suite 201, Madison, Wisconsin 53705-5400.

La inscripción para todos los programas de apoyo a largo plazo para niños de Wisconsin es voluntaria, no obstante, si no la firma se detendrá el proceso de resolución de elegibilidad para todos los programas.

Marque aquí si el niño no puede firmar

FIRMA - Niño (Si tiene 14 años de edad o más)

Fecha de la firma

FIRMA – Padre o tutor

Relación con el niño

Fecha de la firma

FIRMA – Consultor de Threshold

Fecha de la firma