

33. PROVEEDORES/RECURSOS

a. **Programas comunitarios** – Marque los programas, si los hay, que funcionen con usted y su familia.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Birth to 3 Program | <input type="checkbox"/> Children’s Community Options Program o COP | <input type="checkbox"/> Respite Care (Cuidado de relevo) |
| <input type="checkbox"/> Children’s (CLTS) Waiver | | <input type="checkbox"/> Juvenile Justice System (Sistema de Justicia Juvenil) |
| <input type="checkbox"/> Child Protective Services | <input type="checkbox"/> Mental Health Services | |
| <input type="checkbox"/> Otro - (especifique) _____ | | |

b. Sí No ¿Es su hijo actualmente un delincuente convicto? Si la respuesta es “sí”, explique.

c. Administrador de casos, trabajador social, coordinador de servicios o amigo que lo ayuda a resolver su problema y a coordinar los servicios de su hijo.

Nombre	Número de teléfono
Agencia	

34. CONDICIÓN DE INMIGRANTE Y CIUDADANO

La ley federal requiere que todos los ciudadanos de los EE.UU. que soliciten o reciban beneficios de Medicaid presenten pruebas de su identidad y ciudadanía estadounidense. Por consiguiente, si solicita Medicaid por medio del Katie Beckett Program o para los beneficios de Medicaid Waiver, tendrá 30 días desde la fecha de la solicitud de visita a su domicilio para proporcionar pruebas de la identidad y la ciudadanía estadounidense de su hijo.

El estado migratorio (o prueba de admisión legal como residente permanente) también se verifica con el U.S. Department of Homeland Security para todos aquellos inmigrantes que soliciten los beneficios de Medicaid. En el caso de los miembros de su hogar que no solicitan Medicaid o atención, la condición de inmigrante no se verificará con el United States Citizenship and Immigration Services (USCIS). Si algún miembro de su hogar no solicita Medicaid, no es necesario que cumpla con este requisito en relación a esa persona. Esta información sólo se requiere para el niño que solicita Medicaid o un CLTS Medicaid Waiver.

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 el 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.

FIRMA – Niño (si tiene 14 años de edad o más)	<input type="checkbox"/> Marque aquí si el niño no puede firmar	Fecha de la firma
FIRMA – Padre o tutor	Parentesco con el niño	Fecha de la firma
FIRMA – Consultor de Threshold		Fecha de la firma