



Aviso del Departamento Personas de Edad Avanzada (IDoA)

PARA: _____

FECHA: _____
DE: (Sello de CCU)

RE: NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____

COORDINACIÓN DE CUIDADO
PERSONA DE CONTACTO _____
NÚMERO DE TELÉFONO _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO: _____

(Nota: Escriba número de Seguro Social sólo del nuevo solicitante).

NÚMERO DEL TRABAJADOR (si lo tiene) _____

El FCRC tiene que enviar copias de CCU del Formulario 267 y 360L para el solicitante que recibe servicios del Programa de Cuidado Comunitario DoA. Vea póliza WAG 20-28-01.

Esto es para notificar al FCRC que la persona nombrada arriba recibe servicios del Programa de Cuidado Comunitario (CCP) del Departamento para Ancianos (DoA).

1. ESTATUS DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID (MARQUE UNO)

- La persona nombrada arriba ha completado una solicitud para beneficios médicos. El Formulario 2378H viene adjunto.
- La persona nombrada arriba tiene un caso médico activo.

2. ESTATUS DE SERVICIOS DEL PROGRAMA CUIDADO COMUNITARIO (CCP)

La persona recibe servicios CCP. Efectivo ____ / ____ / ____ . Costo mensual por servicios es \$ _____ .

Aplique los costos por servicios a la responsabilidad de obligación de pago de la persona.

3. CAMBIO DE INFORMACIÓN (MARQUE SEGÚN CORRESPONDA)

- Muerte del Cliente – Fecha que Falleció: ____ / ____ / ____
- Servicios CCP negados/terminados Efectivo ____ / ____ / ____
- Cónyugue recibe servicios CCP Efectivo ____ / ____ / ____
- Cónyugue fue internado en una institución de cuidado o centro de vivienda con apoyo ____ / ____ / ____
- Muerte del Cónyugue – Fecha que Falleció: ____ / ____ / ____

Nota: Determine si el caso es elegible para separar dinero para al cónyugue. Vea reglas PM15-06-02-d.

El CCU notificará al DHS / FCRC de cualquier cambio en los servicios y / o costo mensual.