

Plan Individual de Servicios: Hoja de firmas

Fecha de inicio del Plan Individual de Servicios:	Fecha de terminación del Plan Individual de Servicios:	Fecha de revisión:
Nombre del solicitante o beneficiario:	Núm. de identificación de Medicaid o núm. de Seguro Social del solicitante o beneficiario:	

Libertad de elección: Entiendo que el Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) de STAR+PLUS es una posible alternativa a los servicios de un centro de reposo. Me han informado sobre la naturaleza y las limitaciones del programa y escojo libremente los servicios disponibles por medio del programa HCBS de STAR+PLUS.

Reconocimiento y aceptación del Plan Individual de Servicios: Yo, el solicitante, beneficiario o representante autorizado, confirmo haber revisado los servicios opcionales identificados en el formulario H1700-1-S, Plan Individual de Servicios. También confirmo haber revisado los servicios y artículos del programa identificados en el formulario H1700-2-S, Apéndice del Plan Individual de Servicios, y estoy de acuerdo en que el plan es adecuado para satisfacer las necesidades médicas, funcionales y cognitivas evaluadas. Entiendo que el estado de Texas no pagará los servicios del plan hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas haya tomado todas las decisiones relacionadas con el cumplimiento de los requisitos y haya autorizado los servicios opcionales.

Solicitante, beneficiario o representante autorizado:

Nombre en letra de molde Firma Fecha

Testigo: *(si corresponde)*

Nombre en letra de molde Firma Fecha

Confirmación del coordinador de servicios: Yo confirmo que el solicitante o beneficiario ha sido evaluado para establecer o continuar su cumplimiento con los requisitos del programa HCBS de STAR+PLUS. La necesidad médica y justificación fueron confirmadas en el formulario H1700-2-S, Apéndice al Plan Individual de Servicios, y los servicios opcionales identificados son necesarios y adecuados para satisfacer las necesidades del solicitante o beneficiario en la comunidad.

Coordinador de servicios:

Nombre en letra de molde Firma Fecha