NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH (DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK)
División de Atención de Largo Plazo

☐ NHTD ☐ TBI

Selección de la agencia de coordinación de servicios

Exención de Medicaid para servicios en la casa y la comunidad
Transición y remisión a residencias de atención de largo plazo (NHTD)
y lesión cerebral traumática (TBI)

NOTA:
Este formulario se debe entregar al especialista regional en el desarrollo de recursos (RRDS) para continuar con el proceso de solicitud de exención.

Entiendo que, como solicitante de la exención de Medicaid para la transición y remisión a residencias de atención de largo plazo o la exención por lesión cerebral traumática, debo elegir una agencia de coordinación de servicios de la lista adjunta de agencias de coordinación de servicios aprobadas. Además, entiendo que no estoy seleccionando ni se me garantiza un coordinador de servicios específico de la agencia que elija. Me animaron a que entrevistara a estos proveedores antes de tomar una decisión.

Entiendo que se me asignará un coordinador de servicios de la agencia de coordinación de servicios que he seleccionado. Entiendo que este coordinador de servicios me ayudará a desarrollar, implementar y supervisar mi plan de servicios.

También entiendo que en cualquier momento puedo cambiar mi elección de la agencia de coordinación de servicios.

De la lista de agencias de coordinación de servicios aprobadas, he seleccionado el siguiente proveedor de coordinación de servicios:

Agencia de coordinación de servicios _____ Teléfono _____

Dirección de la agencia _____

Nombre del solicitante _____ Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del tutor legal (si corresponde) _____ Fecha _____

Sección que debe completar la agencia de coordinación de servicios:

Service Coordination Provider Agency _____

☐ **will provide** Service Coordination to the above named applicant
☐ **will not provide** Service Coordination to the above named applicant

Reason: _____

Service Coordinator Signature _____ Date _____

Service Coordination Supervisor Signature _____ Date _____

Firma del especialista regional en el desarrollo de recursos _____ Fecha _____