



### Solicitud del paciente para participar en la Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC)

#### Sección I. Información del paciente

Nombre:	Apellido	Nombre	Segundo nombre	N.º de ITABS (si lo conoce)	N.º de Seguro Social:
Dirección:	Calle			Fecha de nacimiento:	N.º de Medicaid:
Ciudad:	Estado:	Código postal:		Teléfono:	DDSO:

#### Sección II. Información del proveedor actual de la MSC/DDSO

Nombre del proveedor/DDSO		
Dirección del proveedor:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Código del Programa del TABS:		

#### Sección III. Firma del paciente

Solicito participar en la MSC a partir del (fecha)		
Elegí al proveedor de la MSC/DDSO nombradas con anterioridad para que me provean los servicios de la MSC que deseo y necesito.		
Firma del paciente	Teléfono:	Fecha:
Firma de un miembro de la familia o del defensor (si corresponde)		
Teléfono:	Fecha:	
Dirección del miembro de la familia o del defensor (si difieren de la del paciente)		

#### Section IV. Vendor Signatures

The individual identified above has indicated a need for an MSC service coordinator. To the best of my knowledge, this individual meets all of the eligibility criteria necessary for participation in MSC.

MSC Vendor/DDSO Contact's Name (print)	
MSC Vendor/DDSO Contact's Signature	
Phone Number:	Date:

#### Section V. To be completed by the DDSO MSC Coordinator

Date Application Received:	<input type="checkbox"/> Request for MSC <b>APPROVED</b> for TABS processing <input type="checkbox"/> Request for MSC <b>WITHDRAWN</b> by individual <input type="checkbox"/> Request for MSC <b>DENIED</b>
<b>Reason for Denial:</b> <input type="checkbox"/> Individual is not enrolled in Medicaid. <input type="checkbox"/> Individual does not have a diagnosis of a developmental disability. <input type="checkbox"/> Individual is permanently enrolled in another comprehensive Medicaid long term care service coordination program. <input type="checkbox"/> Individual currently resides in an ICF/MR, ICF/DD or in another Medicaid facility that provides service coordination. <input type="checkbox"/> Individual did not respond to request for information. <input type="checkbox"/> Individual does not meet the need for ongoing and comprehensive service coordination.	
Signature of DDSO MSC Coordinator:	Date:
Data Entry Person's Initials:	Date:



**Instrucciones para llenar la Solicitud del paciente para participar en la  
Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC1-APPL)**

***Escriba toda la información en letra de imprenta clara o a máquina.***

- Sección I** *Información del paciente:* deberán llenar esta sección el proveedor de la MSC o la DDSO de MSC que provee el estado, que el paciente haya elegido.
- Sección II** *Información del proveedor de la MSC/de la DDSO:* deberán llenar esta sección el proveedor de la MSC o la DDSO de MSC que provee el estado, que el paciente haya elegido.
- Sección III** El paciente y el proveedor de la MSC o la DDSO de MSC que provee el estado deben acordar la fecha de vigencia. La fecha de vigencia debe ser la fecha en que el paciente necesite que la MSC comience, si cumple con todos los requisitos de elegibilidad.
- El paciente, o un familiar del paciente o su defensor –si corresponde– deben firmar esta sección. Las firmas prueban que el paciente eligió la agencia identificada en la parte superior para que le provea la MSC.
- Se deben incluir las direcciones del miembro de la familia o del defensor del paciente, si difieren de la dirección de este último.
- Sección IV** Deberán firmar esta sección el miembro del personal que represente al proveedor de la MSC, o la DDSO de MSC que provee el estado. La firma prueba que el paciente ha manifestado su necesidad de contar con MSC y que, según el criterio del proveedor o de la DDSO, dicha persona reúne todos los requisitos necesarios para recibir MSC.

**Una vez completadas las secciones I, II, III y IV, se debe enviar este formulario al coordinador de la MSC de la DDSO.**

**Sección V** El coordinador de la MSC de la DDSO debe llenar esta sección. Para obtener información adicional, consulte la sección del Manual de la MSC sobre *Inscripción del paciente en la MSC*.

**Fecha de recepción de la solicitud:**

**Solicitud APROBADA para procesamiento del TABS.**

La DDSO sella la solicitud con la fecha del día en que la recibe. Si el formulario de solicitud está lleno y se ha comprobado el diagnóstico de discapacidad del desarrollo: la DDSO controla este ítem, firma y fecha esta sección, y luego envía la solicitud a la persona encargada de ingresar los datos, para el procesamiento del TABS y la determinación de elegibilidad.

**Solicitud de la MSC RETIRADA por el paciente:**

El paciente puede retirar voluntariamente su solicitud en cualquier momento del proceso. Si se retira la solicitud, se debe documentar esta decisión: la DDSO controla este ítem, firma y fecha esta sección, y luego envía la solicitud a la persona encargada de ingresar los datos, para que se elimine al paciente del archivo pendiente.

**Motivos para el RECHAZO de la MSC.**

Cuando se haya determinado que el paciente no reunirá los requisitos de elegibilidad para la MSC, o que dicha persona no envió los documentos exigidos dentro de los plazos indicados: la DDSO controla este ítem, controla el motivo específico del rechazo, firma y fecha esta sección, y luego envía una copia a la persona encargada de ingresar los datos, para que se elimine al paciente del archivo pendiente.

**Una vez se ingresen los datos, la persona encargada de hacerlo firma con sus iniciales y fecha el formulario. Luego el formulario se regresa al coordinador de la MSC de la DDSO.**