



Retiro individual del servicio de coordinación de Medicaid

Sección I. Información individual

Nombre: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Id. de TABS (si lo sabe)	Número de Seguro Social:
Dirección:			Fecha de nacimiento:	Número de Medicaid:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:	DDSO:

Sección II Vendedor actual de MSC/Información de DDSO

Vendedor/Nombre DDSO:		
Dirección del vendedor:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Código del programa TABS:		

Sección III El individuo está siendo retirado de MSC debido a una pérdida de elegibilidad

Motivo del retiro (señale una opción de la lista a continuación):

- El individuo falleció;
- El individuo ya no está inscrito en Medicaid;
- El individuo ahora reside permanentemente en una ICF/MR o ICF/DD o en alguna otra instalación de Medicaid que proporciona coordinación de servicios;
- El individuo está inscrito en otro programa de coordinación de servicios financiado por Medicaid;
- El individuo no cumple los requisitos de necesidad para una coordinación de servicios continua e integral;
- El individuo se mudó de estado;
- El individuo se mudó de la zona de cobertura;
- Otro motivo (especifique):

Fecha de vigencia del retiro (debe ser la fecha en que el individuo pasó a ser inelegible):

Firma del individuo	Teléfono:	Fecha:
---------------------	-----------	--------

Sección IV El individuo solicita el retiro de MSC

Motivo por el que el individuo desea retirarse de MSC:

La firma del individuo verifica que él/ella está de acuerdo con lo siguiente:

- Entiendo que al firmar este formulario ya no recibiré más coordinación de servicios de Medicaid.
- Es mi decisión retirarme, y ninguna persona o agencia me ha convencido de retirarme en contra de mis deseos.
- He sido informado de que puedo reinscribirme en MSC si requiero de este servicio en el futuro.
- **(Únicamente para participantes de la exención HCBS)** – Elijo a la siguiente agencia para que sea responsable de mantener mi ISP y nivel de atención al día (*Plan de Servicios de Apoyo a la Atención*):
- DDSO ha proporcionado otras opciones de vendedores de MSC, pero no estoy interesado en continuar con el servicio.

Firma del individuo	Fecha:
Firma del miembro de la familia o del abogado (si corresponde):	Fecha:

Sección V. A ser diligenciada por DDSO

- El individuo ha sido retirado de MSC. Fecha de vigencia: _____ El individuo se ha retirado voluntariamente de MSC. Fecha de vigencia: _____

Motivo para el retiro del programa:

- El individuo falleció;
- El individuo ya no está inscrito en Medicaid;
- El individuo ahora reside permanentemente en una ICF/MR o ICF/DD o en alguna otra instalación de Medicaid que proporciona coordinación de servicios;
- El individuo está inscrito en otro programa de coordinación de servicios financiado por Medicaid
- El individuo no cumple los requisitos de necesidad para una coordinación de servicios continua e integral
- El individuo se mudó de estado
- El individuo se mudó de la zona de cobertura
- Otro motivo (especifique):

Procesar una adición al programa:

- Agregar un individuo al Plan de Servicios de Apoyo a la Atención: Código del programa TABS: _____ Fecha de vigencia: _____

Coordinador de DDSO	Fecha:	Iniciales de la persona que registró los datos:	Fecha:
---------------------	--------	---	--------



**Instrucciones para diligenciar el
retiro individual de la coordinación de servicios de Medicaid (MSC3 - WITH)**

Por favor escriba (o digite) claramente toda la información

Sección I *Información individual:* esta sección debe ser diligenciada por el vendedor de MSC.

Sección II *Información del vendedor actual de MSC/DDSO:* esta sección debe ser diligenciada por el vendedor actual de MSC/DDO del individuo.

Sección III *El individuo está siendo retirado de MSC debido a una pérdida de elegibilidad:* el vendedor actual de MSC del individuo señala el motivo por el cual el individuo ya no es elegible para recibir MSC y está siendo retirado del programa. Indique la fecha de vigencia del retiro.

Nota: la fecha de vigencia debe ser el día en que el individuo perdió su elegibilidad de MSC.

El vendedor de MSC/miembro del personal de DDSO firma y fecha esta sección.

El vendedor de MSC/miembro del personal de DDSO envía el formulario diligenciado al coordinador de MSC en DDSO.

Sección IV *El individuo solicita el retiro de MSC:* el vendedor de MSC/DDSO indica el motivo por el que el individuo desea retirarse de MSC.

El vendedor de MSC/DDSO se aseguró de que el individuo, la familia del individuo o el abogado entendieran lo que significa retirarse de MSC y sepan a quién deben contactar si desean reinscribirse en MSC.

Si el individuo participa de la exención HSBS, el individuo, la familia del individuo o el abogado identifican una agencia que será responsable de mantener al día el ISP y el nivel de atención de la persona (Plan de Servicios de Apoyo a la Atención).

El individuo firma y fecha el formulario. Si el individuo no puede firmar y fechar el formulario, la familia del individuo o el abogado pueden firmar y fechar el formulario en representación del individuo.

El vendedor de MSC/DDSO envía el formulario diligenciado junto a una copia del acuerdo más reciente de coordinación de servicios ISP del individuo, al coordinador de MSC en DDSO.

Sección V *A ser diligenciada por DDSO:*

El individuo ha sido retirado de MSC: DDSO revisa la información de las secciones I, II y III para asegurarse de que estén correctas. Si estas secciones están completas, señale el motivo para el retiro de los servicios de MSC e identifique la fecha de vigencia del retiro (debe ser la fecha en que ya no se reunían los requisitos de elegibilidad). El personal de DDSO firma y fecha el formulario y le da trámite ante la persona a cargo de registrar los datos.

El individuo se retira voluntariamente de MSC: DDSO revisa la información de las secciones I, II y IV para asegurarse de que estén correctas. Esto incluye la identificación de una agencia del Plan de Servicios de Apoyo a la Atención que participe de la exención HCBS. Si la información en estas secciones está completa, DDSO diligencia un formulario de verificación MSC4-Withdrawal. Si la solicitud del individuo de retirarse de MSC es aprobada en el formulario MSC4, DDSO verifica el señalamiento de la aprobación del retiro voluntario en el formulario MSC3, y a continuación escribe la fecha de vigencia del retiro. El formulario MSC3 es tramitado ante el registro de datos. **Para los individuos que soliciten voluntariamente el retiro de MSC, el formulario MSC3 no debe ser enviado a registro de datos hasta que el formulario de verificación de MSC (MSC4-VER) sea diligenciado por DDSO.**

Agregar un individuo al Plan de Servicios de Apoyo a la Atención: si el individuo se retira voluntariamente de MSC o se establece que ya no cumple la necesidad de una coordinación de servicios continua e integral y participa de la exención HCBS, el individuo debe estar inscrito en un Plan de Servicios de Apoyo a la Atención. El coordinador de MSC revisa y fecha el formulario, señala la opción correspondiente, indica el código del programa PCSS, TABS y la fecha de vigencia del ingreso al Plan de Servicios de Apoyo a la Atención. Después envía el formulario a la persona encargada del registro de datos para una transacción que permite *agregar al programa* en TABS.

**La persona encargada del registro de datos pone sus iniciales y la fecha después de haber completado el registro de datos.
El formulario es devuelto al coordinador de MSC en DDSO.**