

Cambio de PCSP

Nombre del miembro _____ ID de AHCCCS _____

Coordinador de Apoyo _____ Fecha _____

Este documento es una extensión del PCSP, el cual es un documento vivo y se utiliza cuando se solicitan cambios en el PCSP fuera de las reuniones de planificación iniciales o anuales programadas, o de las reuniones de revisión de planificación a los 90 días. Cualquier cambio debe ser aprobado por el miembro o la persona responsable. Las reuniones de planificación inicial o anual deben documentarse en el documento completo del PCSP, y las reuniones de revisión de planificación a los 90 días deben documentarse en un documento de Reunión de Revisión de Planificación. Un miembro o persona responsable puede solicitar un PCSP completo en cualquier momento.

I. Tipo de Cambio

Marque las casillas correspondientes para indicar el/los tipo(s) de cambio(s) realizados:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Metas o Resultados | <input type="checkbox"/> Proporciones Mejoradas de Personal | <input type="checkbox"/> Temporal Fuera del Estado |
| <input type="checkbox"/> Plan de Servicios | <input type="checkbox"/> Medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Servicios Indirectos (por ejemplo, escuela, salud mental, etc.) | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ | | |

Exclusiones:

1. Cambios o transiciones mayores en la vida (por ejemplo, fallecimiento de un familiar, pérdida de vivienda, nuevas restricciones de riesgos o derechos, hospitalizaciones mayores, preocupaciones sobre la calidad del cuidado) requieren una planificación exhaustiva y deben discutirse en una reunión presencial con el equipo de planificación.
2. Los cambios relacionados con los servicios AzEIP deben actualizarse en el IFSP.

II. Descripción de los Cambios

Describa la razón del cambio, quién solicitó el cambio y qué cambios se están realizando.

III. Metas y Resultados Individuales

Marque aquí si no hay cambios en metas y resultados.

Actualice una sección por cada meta y resultado que haya cambiado.

Indique el tipo de cambio: Revisado Nuevo Descontinuado

Meta #:

Resultado:

¿Dónde se encuentra actualmente (al momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que impacte o impida que el miembro complete o alcance su meta)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en alcanzar su meta, incluyendo la reevaluación de metas, intervenciones, estrategias para el éxito de la meta, etc.? El administrador del caso debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de la meta.

A.

B.

C.

¿Quién hará qué?	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Indique el tipo de cambio: Revisado Nuevo Descontinuado

Meta #:

Resultado:

¿Dónde se encuentra actualmente (al momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que impacte o impida que el miembro complete o alcance su meta)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en alcanzar su meta, incluyendo la reevaluación de metas, intervenciones, estrategias para el éxito de la meta, etc.? El administrador del caso debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de la meta.

A.

B.

C.

¿Quién hará qué?	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Indique el tipo de cambio: Revisado Nuevo Descontinuado

Meta #:

Resultado:

¿Dónde se encuentra actualmente (al momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que impacte o impida que el miembro complete o alcance su meta)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en alcanzar su meta, incluyendo la reevaluación de metas, intervenciones, estrategias para el éxito de la meta, etc.? El administrador del caso debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de la meta.

A.

B.

C.

¿Quién hará qué?	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Indique el tipo de cambio: Revisado Nuevo Descontinuado

Meta #:

Resultado:

¿Dónde se encuentra actualmente (al momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que impacte o impida que el miembro complete o alcance su meta)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en alcanzar su meta, incluyendo la reevaluación de metas, intervenciones, estrategias para el éxito de la meta, etc.? El administrador del caso debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de la meta.

A.

B.

C.

¿Quién hará qué?	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

IV. Servicios Autorizados

Marque aquí si no hay cambios en el plan de servicios.

Si hay cambios, especifique todos los servicios acordados, nuevos, modificados y existentes.

Servicio y Proveedor	Frecuencia de Servicio Antes de Esta Evaluación	Frecuencia de Servicio Actualmente Evaluada	Cambio en Servicio	Fecha Inicio/Fin	Miembro/HCDM
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar

Servicio y Proveedor	Frecuencia de Servicio Antes de Esta Evaluación	Frecuencia de Servicio Actualmente Evaluada	Cambio en Servicio	Fecha Inicio/Fin	Miembro/HCDM
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar
			Ninguno Nuevo Incrementar Reducir Terminar Suspender Retroactivo		Aceptar No aceptar

VI. Consentimiento / Firma

Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios autorizados en este plan, lo he indicado en el mismo. Sé que mi Coordinador de Apoyo me enviará una carta explicando por qué el/los servicio(s) que solicité fue(n) denegado(s), reducido(s), suspendido(s) o terminado(s). La carta me informará cómo apelar la decisión tomada sobre mis servicios y también me explicará cómo puedo recibir servicios continuos.

Mi Coordinador de Apoyo me ha explicado cómo funciona el proceso de apelación. Sé cómo puedo apelar los cambios en los servicios con los que no estoy de acuerdo. Sé que puedo cambiar de opinión más adelante respecto a los servicios que acepté hoy. Sé que si cambio de opinión antes de que los cambios entren en vigor, recibiré una carta explicando la razón del cambio en mis servicios. La carta también me informará sobre mis derechos de apelación, incluyendo cómo recibir servicios continuos.

Sé que puedo solicitar otra reunión del PCSP para revisar mis necesidades y cualquier cambio necesario en este plan.

Puedo contactar a mi Coordinador de Apoyo _____ al _____. También sé que puedo comunicarme con mi Coordinador de Apoyo en cualquier momento para discutir preguntas, problemas y/o preocupaciones que tenga con respecto a mis servicios y/o relacionadas con fraude, desperdicio y abuso.

Mi Coordinador de Apoyo se comunicará conmigo dentro de 3 días hábiles. Una vez que haya hablado con mi Coordinador de Apoyo, él/ella me dará una decisión sobre esa solicitud dentro de 14 días. Si mi Coordinador de Apoyo no puede tomar una decisión dentro de los 14 días, me enviará una carta notificándome que se necesita más tiempo para tomar la decisión.

Firma del Miembro _____ Fecha _____

Firma de la Persona Responsable _____ Fecha _____

Firma del Coordinador de Apoyo _____ Fecha _____
