



Plan de Responsabilidades y Servicios - Servicios de Atención Médica / Familia

Nombre del Cliente: _____

Número del Caso: _____

616 SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA / FAMILIA (ESENCIAL)

Fecha que Empieza:

Proveedor: _____

El cliente padece de una condición médica que le evita trabajar a tiempo completo.

Fecha de Vencimiento: _____

Embarazo - 6 semanas antes de la fecha que espera el parto

Temporero

Crónico

el niño o el cónyuge o esposo(a) del cliente tiene una condición médica que le evita trabajar tiempo completo.

Elegible para detener el conteo de 60 meses basado en la aprobación de Barrera Atención de Familia (debe codificar casilla 73 con 'M' o 'Q')

Fecha de Revisión por la Unidad de Evaluación Para el Cliente (CAU): _____

El niño tiene aprobación de Exoneración para Cuidado en el Hogar y Comunidad (Home and Community Care Waiver), se detiene el conteo de 60-meses.

Pasos A Seguir

<input type="checkbox"/> Contacto: _____ fije una cita para el _____ (Fecha)	Fecha Añadido <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mantener sus citas médicas.	Fecha Añadido <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Entregar su información médica como pidió el trabajador(a) de su caso.	Fecha Añadido <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Solicitar SSI para: _____ para el _____ (Fecha)	Fecha Añadido <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Entregar comprobante del tiempo que duró esta actividad: _____ (Indique Frecuencia o Fecha)	Fecha Añadido <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Asistir a reuniones de Manejo de Caso: _____ (Indique Frecuencia o Fecha)	Fecha Añadido <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> _____	Fecha Añadido <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> _____	Fecha Añadido <input type="text"/>