



## PETICIÓN DE APROBACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE SERVICIO

Instrucciones: Utilice este **formulario de Petición de Aprobación de la Terminación de Servicio** (STAR, por sus siglas en inglés) para terminar la financiación comunitaria - de la División de Discapacidades del Desarrollo, los programas de Tarifa-por-Servicio (FFS, por sus siglas en inglés) y/o los paquetes de servicio identificados en este formulario. Los servicios de relevo, la Abogacía Individual de Apoyo y Servicio (ISSA, por sus siglas en inglés), o los servicios financiados por subsidio no se requieren aprobación de la terminación.

**TODAS las autorizaciones de servicio individuales de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD, por sus siglas en inglés) (incluyendo los programas diurnos, las terapias e ISSA) serán terminadas, incluso si su agencia no es el proveedor, cuando el paquete de servicio está terminado, a menos que una Solicitud para la Autorización de Servicio Individual, u otro aviso por escrito, este adjunto a este formulario solicitando la continuación de un servicio específico.**

### SECCIÓN A - Información del Individuo y del Proveedor

Nombre del Individuo: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Identificación del Receptor: (RIN/E-RIN) \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ FEIN: \_\_\_\_\_

REGIÓN del DDD:  Noroeste  Central  Suburbios del Metro-Norte  Chicago Metro  
 Norte central  Sur  Suburbios del Metro-Norte

### SECCIÓN B – Terminación del Programa

(Marque con una "X" el programa/los programas que está(n) siendo terminado(s))

		SERVICIOS DIURNOS
X	CÓDIGO DEL PROGRAMA	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA
	31U	Servicios Comunitarios Diurnos (CDS) – En el Sitio
	31C	Servicios Comunitarios Diurnos (CDS)- Fuera del Sitio
	31S	DT PARA SODC
	38U	TRABAJO REGULAR
	39G 39U	EMPLEO CON APOYADO
	30U 35U 37U	OTRO DÍA, CUIDADO PARA ADULTO, Y/O PROGRAMAS DIURNOS EN EL HOGAR

		SERVICIOS DE APOYO/ RESIDENCIAL
X	CÓDIGO DEL PROGRAMA	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA
	17D	HOGAR PARA GRUPO DE NIÑOS
	19D	ESCUELA RESIDENCIAL/ INSTITUCIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS
	41D	COLOCACIÓN EN UN HOGAR ESPECIAL
	42D	ARREGLO DE VIDA CON APOYO (SLA)
	60D	TARIFA MODELO DEL ACUERDO COMUNITARIO DE VIVIENDA INTEGRAL (CILA)
	65H	CILA POR HORA
	67D/E/O	INSTALACIÓN DE VIVIENDA COMUNITARIA (CLF)
	73D	APOYO RELACIONADO
	CHBS	SERVICIOS DE APOYO BASADOS EN EL HOGAR PARA NIÑOS
	AHBS	SERVICIOS DE APOYO BASADOS EN EL HOGAR PARA ADULTOS

Fecha de Petición para la Terminación: \_\_\_\_\_

Última Fecha Presente en el Sitio Residencial: \_\_\_\_\_

Para CILA (60D) Solamente: Si la fecha de la petición para la terminación del (60D) es después de la última fecha presente en el sitio residencial, debe adjuntar el formulario DHS/DDD de Petición de Retención de Cama (IL462-2027), aún si hay menos de 30 días de diferencia entre las dos fechas. El personal de DDD ajustará la fecha de terminación del 60D a la última fecha presente en el sitio residencial, si la Petición de Retención de Cama completa y los datos de la documentación no están adjuntados a este formulario "STAR" en conformidad con la política de la División. Si se necesita un formulario de petición de retención de cama para este formulario "STAR", debe completarse y adjuntarse a este formulario "STAR" al momento de la presentación. ¿Está incluido?  Sí  No  
(marque uno)



**PETICIÓN DE APROBACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE SERVICIO**

Nombre del Individuo: Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Identificación del Receptor: \_\_\_\_\_

RIN/E-RIN

**SECCIÓN C – RAZÓN DE LA TERMINACIÓN**

(Marque todas las que apliquen y escriba la fecha del acontecimiento a continuación)

Fecha de Fallecimiento, Negación, Transferencia, o Mudanza: \_\_\_\_\_

- Difunto
- Se negó a continuar los servicios financiados por el DD (Marque uno o más)  Residencial  Programa Diurno  Servicios de Apoyo
- Se mudó fuera del estado
- Transferido a otro programa con el proveedor actual Nuevo(s) código(s) del Programa: \_\_\_\_\_
- Transferido a otro proveedor Nombre del Nuevo Proveedor: \_\_\_\_\_
- Admitido a un ICFDD privado Nombre del ICFDD: \_\_\_\_\_
- Admitido a un SODC Nombre del SODC: \_\_\_\_\_
- Admitido a una instalación de enfermería Nombre de la Instalación: \_\_\_\_\_
- Encarcelado(a)
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Explicación:

**SECCIÓN D – Firmas**

Mi firma a continuación confirma que el individuo y/o el/la tutor(a)/familia han sido notificados de sus derechos de apelación para los programas/paquete de servicios que están siendo terminados, y de ser aplicable, sus derechos de apelación bajo los programas de exención de los **Servicios de "Medicaid" Basados en el Hogar y la Comunidad**. Además, confirmo que el individuo y/o el/la tutor(a)/familia han elegido por no ejercer o han agotado sus derechos de apelación. Por otro lado, confirmo que si alguno de los servicios se quieren continuar, se adjunte una solicitud o una notificación por escrito que indique la continuación de un servicio existente. ¿Está incluida la solicitud/notificación?  Sí  No

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ Número de Identificación de 4 dígitos \_\_\_\_\_ Provider FEIN \_\_\_\_\_

Firma de Contacto del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono de Contacto del Proveedor \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia de ISC \_\_\_\_\_ Número de Identificación de 4 dígitos \_\_\_\_\_ FEIN de la Agencia de ISC \_\_\_\_\_

Firma de Contacto del ISC \_\_\_\_\_ Fecha (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono de Contacto del ISC \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

DHS/DDD Signature (FOR STATE USE ONLY):  
I have received this STAR form and approved this termination.  
Firma del DHS/DDD (PARA USO DEL ESTADO SOLAMENTE):  
Yo he recibido este formulario "STAR" y he aprobado esta terminación.

Region Facilitator Signature: \_\_\_\_\_ Signature Date: \_\_\_\_\_