



WRAPAROUND MILWAUKEE / REACH CONFIRMACIÓN DE DESINSCRIPCIÓN



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre o Guardián _____

Fecha de Desinscripción _____

Agencia de Coordinación de Cuidados _____

Entiendo que mi matricula de Wraparound Milwaukee / REACH ha sido cancelada en la fecha listada arriba. Estoy consciente que mi matricula en el Wraparound HMO también expirara en esa fecha. Estoy consciente que los servicios de coordinación de cuidados no serán proveídos desde la fecha de mi desinscripción, y que Wraparound Milwaukee / REACH ya no será la fuente de pagos para servicios de la conducta de salud o relacionados al alcohol o drogas después de mi fecha de desinscripción.

Si tenía cobertura de Título 19 antes de mi matricula en Wraparound Milwaukee / REACH, entiendo que seré matriculado en programa de Título 19 en el cual estaba previamente matriculado (HMO o straight T19). Entiendo que los pagos para cualquier cuidado de conducta o servicios relacionados con alcohol o drogas serán pagados a través de ese programa de T19. Mi coordinador de cuidados trabajó conmigo para asegurar que cualquier proveedor de servicios actual este consciente de este cambio.

He recibido una copia de mi Plan de Cuidados final y una Guía de Recursos de la Comunidad.

(Firma del Joven) (Fecha) (Parent/Guardian Signature) (Fecha)

CONTINUACIÓN DE SERVICIOS: (list person/agency name, contact information including phone number and appointment fechas, if any):

RECURSOSA PARA FAMILIAS:

Familias Unidas, Inc.	344-7777	Youth Council	358-4120
Equipo de Tratamiento Móvil Urgente.....	257-7621	Servicios de Crisis para Adultos.....	257-7222
Badger Care (matricula T19).....	800-362-3002	Proyecto O'YEAH	257-7158
IMPACT (Recursos & Referidos).....	211	_____	_____

PARA SER COMPLETADO POR EL SUPERVISOR DE COORDINACIÓN DE CUIDADOS

Razón para la Desinscripción:

- ___ El joven /familia han progresado para satisfacer las Necesidades y Visión.
- ___ El joven /familia se han mudado fuera del condado.
- ___ El joven /familia ya no desean los servicios de Wraparound.
- ___ El joven ha desaparecido por más de 30 días.
- ___ El joven ha sido encarcelado.
- ___ La orden judicial ha expirado o revisada (solo Wraparound)
- ___ Otro (explique): _____

Nivel de Progreso Hecho:

- | | |
|--|--|
| ___ Substantial | Wraparound solo (REQUERIDO a menos que el joven este en estatus fugado o encarcelado): |
| ___ Alguno | ___ La orden judicial ha expirado |
| ___ Las Necesidades no se han Satisfecho | ___ La orden judicial ha sido revisada |

(Firma del Coordinador de Cuidados) (Fecha) (Firma de Supervisor/Lead) (Fecha)

La Desinscripción ha sido Revisada y Aprobada por:

Personal del Programa Fecha