WRAPAROUND MILWAUKEE / REACH

CONFIRMACION DE DADO DE BAJA

Nombre del Matriculado:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Nombre del padre o Guardian: _____ Fecha de Baja: _____

Agencia del Coordinador de Cuidado: _____

Yo entiendo que yo seré dado de baja de Wraparound Milwaukee / REACH en la fecha listada a la parte de arriba. Yo estoy al tanto que mi inscripción en el Wraparound HMO también será expirado en esa fecha. Yo estoy al tanto de los servicios del coordinador de cuidado no serán proporcionados mas después de la fecha de baja, y que Wraparound Milwaukee / REACH no será más la fuente de pago por el comportamiento de la salud o alcohol – o servicios relacionados con drogas después de la fecha de baja.

Si yo estuviera cubierto por el titulo 19 en mi inscripción en Wraparound Milwaukee / REACH, Yo entiendo que yo Seré re-inscrito en el programa al cual yo estaba previamente inscripto (HMO o T19 recto). Yo entiendo que los pagos de mis continuos servicios de comportamiento de la salud y alcohol – o servicios relacionados con drogas serán pagos por el programa de T19. Mi coordinador de cuidado ha trabajado conmigo para asegurarse que los proveedores de mis resientes servicios estén al tanto de este cambio.

Yo he recibido una copia de mi plan de cuidado y de la Guía de Recursos de la Comunidad.

_____ _____ _____ _____

(Firma del Joven) (Fecha) (Firma del Padre/Guardian) (Fecha)

SERVICIOS DE CONTINUACION: (En lista nombres de personas/agencias, información de contacto incluyendo número de teléfono y fechas de citas si hay algunas):

_____

_____

_____

RECURSOS PARA FAMILIAS:

Familias Unidas, Inc. ……..... 344-7777
Grupo de Tratamiento Urgente Mobil …… 257-7621
Badger Care (T19 inscripto)…….. 800-362-3002
IMPACT (Recursos & Referidos)…… 211

Concilió Juvenil …….. 358-4120
Servicios de Crisis de Adulto…….. 257-7222
Projecto O'YEAH …….. 257-7158

_____ _____

TIENE QUE SER COMPLETADO POR EL SUPERVISOR DEL COORDINADOR DE CUIDADOS

Razón de dado de baja:

____ Joven/la familia ha hecho el progreso hacia la reunión de Necesidad y Visión.
____ Joven/la familia se ha mudado fuera del estado.
____ Joven/la familia no desea los servicios de Wraparound.
____ Joven ha perdido más de 30 días.
____ Joven ha sido puesto en un correccional.
____ La orden de la Corte de inscripción ha sido expirada o ha sido vacante (Wraparound solamente)
____ Otro (explique):_____

Nivel de progreso hecho:

____ Considerable
____ Algunos
____ Las Necesidades no han sido completadas

Wraparound solamente (REQUERIDO al menos que la dada de baja del joven en el estado que sea fugado o por correccionales):

_____ La orden de la Corte ha sido expirada
_____ La orden de la Corte ha sido revisada

_____ _____ _____ _____

(Firma del coordinador de cuidado) (Fecha) (Firma del supervisor/dirijidor) (Fecha)