



WRAPAROUND MILWAUKEE / REACH / O-YEAH
CONFIRMACION DE DADO DE BAJA



Nombre del Matriculado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha de Baja: \_\_\_\_\_
(Si es menor de 18 años de edad)

Agencia del Coordinador de Cuidado: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que yo seré dado de baja de Wraparound Milwaukee / REACH / O-YEAH 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 / O-YEAH 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 título 19 en mi inscripción en Wraparound Milwaukee / REACH / O-YEAH, 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, (Si es menor de 18 años de edad) (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:

- 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 ..... 977-4249
Servicios de Crisis de Adulto..... 257-7222
Proyecto O-YEAH ..... 257-7158
Owen's Place..... 977-4249

Razón de dado de baja:

- \_\_\_ El programa completado
WRAPAROUND:
\_\_\_ La orden de la Corte ha sido expirada / revisada
\_\_\_ Joven/la familia se ha mudado fuera del estado
\_\_\_ No desea los servicios de Wraparound
WRAPAROUND:
\_\_\_ La orden de la Corte ha sido expirada / revisada
\_\_\_ Sin contacto
\_\_\_ Perdido más de 30 días
\_\_\_ Otro (explique): \_\_\_\_\_
\_\_\_ Transferencia de programa
\_\_\_ to Wraparound
\_\_\_ to REACH
\_\_\_ to Proyecto O-YEAH
\_\_\_ Mandado a servicios adultos
\_\_\_ Puesto en un correccional
\_\_\_ marca si MCAP
\_\_\_ Mandado a BMCW (REACH)

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