

NOMBRE DEL MIEMBRO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE AHCCCS	FECHA DEL PLAN
SERVICIOS BRINDADOS		FRECUENCIA	NIVEL DE PREFERENCIA
1.			
2.			
3.			
<p><b>NIVEL DE PREFERENCIA DE SERVICIO PARA MIEMBROS</b> – De acuerdo con la elección del miembro para la rapidez con la que se necesitará un cuidador de reemplazo si el cuidador programado deja de estar disponible. Se debe informar a los miembros que tienen derecho a solicitar un cuidador de respaldo en un plazo de dos horas si así lo desean. Coloque la letra de Nivel de Preferencia (A, B, C, etc.) en la línea de Nivel de Preferencia del servicio correspondiente:</p>			
<b>A</b>	Debe volver a programarse dentro de dos horas de la hora de inicio programada originalmente.		
<b>B</b>	Debe volver a programarse dentro de 24 horas de la hora de inicio programada originalmente.		
<b>C</b>	Debe volver a programarse dentro de 48 horas de la hora de inicio programada originalmente.		
<b>D</b>	Se realizará en la próxima visita programada.		
<p><b>SE HA INFORMADO AL MIEMBRO DE QUE EL/ELLA PUEDE CAMBIAR EL NIVEL DE PREFERENCIA DEL SERVICIO AL MIEMBRO Y TAMBIÉN SU PLAN DE RESPALDO, COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN, EN CUALQUIER MOMENTO, INCLUSO EN EL MOMENTO EN QUE EL CUIDADOR LLEGA TARDE O NO SE PRESENTA*</b></p>			
<p><i>Nombre en Letra de Molde y Firma del Representante de la Agencia</i></p>		<p><i>Fecha</i></p>	

Si mi cuidador no se presenta para proporcionar los servicios según lo programado, en el caso de una emergencia que ponga en peligro la vida, me comunicaré con el 9-1-1; de lo contrario, mi plan de contingencia es el siguiente:

PLAN DE CONTINGENCIA	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
Paso 1 Me comunicaré con mi agencia de prestador de servicios. Mi agencia de prestador de servicios responderá a mi llamada o se comunicará conmigo en 15 minutos.		
Paso 2 Si mi agencia de prestador de servicios no responde en 15 minutos, me comunicaré con el Centro de Atención al Cliente de Sandata EVV llamando al 855-928-1140.		
Paso 3 Llamaré a mi cuidador no pagado para proporcionar el servicio que necesito.		

LOGO

**AHCCCS MEDICAL POLICY MANUAL**  
**POLICY 540, ATTACHMENT D - EVV MEMBER CONTINGENCY/BACK-UP PLAN**

*NOMBRE DEL MIEMBRO*

*NÚM. DE ID DE AHCCCS*

*FECHA DEL PLAN*

Entiendo que, si no recibo mis servicios críticos a tiempo, puedo llamar a la Agencia o a Sandata para reportar el problema y de esta manera puedan ayudar a reemplazar a mi cuidador lo antes posible. Entiendo que también tengo derecho a presentar una queja por escrito sobre la falta de prestación de servicios según lo programado.

Entiendo que, para recibir servicios debo estar disponible y dispuesto a aceptar los servicios programados. Si elijo no aceptar los servicios, entiendo que debo decirle esto a mi administrador de casos o proveedor esto. Este plan ha sido revisado conmigo y estoy de acuerdo con él. Guardaré una copia de este plan. Entiendo que, hablaré con mi proveedor al menos una vez al año sobre mi plan, pero puedo cambiarlo en cualquier momento.

**POR FAVOR HAGA QUE EL MIEMBRO/ PERSONA RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA, FIRME AQUÍ EN EL MOMENTO DEL DESARROLLO DEL PLAN INICIAL:**

*FIRMA DEL MIEMBRO/ PERSONA RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA*

*FECHA*

*NOMBRE DEL MIEMBRO/ PERSONA RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN LETRA DE MOLDE*

*FECHA*

*RELACIÓN DEL MIEMBRO CON USTED*

NOMBRE DEL MIEMBRO

NÚM. DE ID DE AHCCCS

FECHA DEL PLAN

<b>HCPCS</b>	<b>Nombre del Servicio</b>	<b>Plan de Contingencia Predeterminado</b>
G0299	Enfermería	El servicio debe volver a programarse dentro de las 2 horas de la hora de inicio originalmente programada.
G0300	Enfermería	El servicio debe volver a programarse dentro de las 2 horas de la hora de inicio originalmente programada.
H2014	Adiestramiento y Desarrollo de Habilidades	El servicio debe volver a programarse dentro de las 24 horas de la hora de inicio originalmente programada.
S5125	Cuidado por Ayudante	El servicio debe volver a programarse dentro de las 2 horas de la hora de inicio originalmente programada.
S5130	Tareas en el Hogar	El servicio se realizará en la próxima visita programada.
S5150	Cuidado para dar Descanso	El servicio debe volver a programarse dentro de las 24 horas de la hora de inicio originalmente programada.
S5151	Cuidado para dar Descanso	El servicio debe volver a programarse dentro de las 24 horas de la hora de inicio originalmente programada.
S9123	Servicio de Enfermería Particular	El servicio debe volver a programarse dentro de las 2 horas de la hora de inicio originalmente programada.
S9124	Servicio de Enfermería Particular	El servicio debe volver a programarse dentro de las 2 horas de la hora de inicio originalmente programada.
T1019	Cuidado Personal	El servicio debe volver a programarse dentro de las 2 horas de la hora de inicio originalmente programada.
T2017	Habilitación	El servicio debe volver a programarse dentro de las 24 horas de la hora de inicio originalmente programada.
S5135	Cuidado Complementario	El servicio se realizará en la próxima visita programada.
T1021	Ayuda Médica en el Hogar	El servicio debe volver a programarse dentro de las 2 horas de la hora de inicio originalmente programada.
G0151	Terapia Física	El servicio se realizará en la próxima visita programada.
S9131	Terapia Física	El servicio se realizará en la próxima visita programada.
G0152	Terapia Ocupacional	El servicio se realizará en la próxima visita programada.
S9129	Terapia Ocupacional	El servicio se realizará en la próxima visita programada.
S5181	Terapia Respiratoria	El servicio debe volver a programarse dentro de las 2 horas de la hora de inicio originalmente programada.
G0153	Terapia del Habla	El servicio se realizará en la próxima visita programada.
S9128	Terapia del Habla	El servicio se realizará en la próxima visita programada.