



Office of the Director

150 N. 18th Avenue, Suite 500
Phoenix, Arizona 85007-3247
(602) 542-1025
(602) 542-1062 FAX
Internet: www.azdhs.gov

JANICE K. BREWER, GOVERNOR
WILL HUMBLE, INTERIM DIRECTOR

TO: RBHA CEOs, TRBHA Directors and Grievance Coordinators

FROM: Laura K. Nelson, M.D.
Acting Deputy Director

Margaret Russell
Bureau Chief of Policy

SUBJECT: POLICY CLARIFICATION: Notification of right to notice of action during interim and individual service planning

DATE: May 15, 2009

This memorandum is intended to clarify the responsibilities of Tribal and Regional Behavioral Health Authorities (T/RBHAs) and T/RBHA providers in meeting the Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services' (ADHS/DBHS) expectations regarding the following policy and forms:

- [Provider Manual Section 3.9, Intake, Assessment and Service Planning](#)
- [Provider Manual Form 3.9.1, Behavioral Health Assessment and Service Plan, Part B: Core Assessment, Next Steps/Interim Service Plan](#)
- [Provider Manual Form 3.9.1, Behavioral Health Assessment and Service Plan, Part D: Behavioral Health Service Plan](#)
- [Provider Manual Form 3.9.2, Behavioral Health Assessment: Birth-5 and Service Plan, Part A: Core Assessment, Next Steps/Interim Service Plan](#)
- [Provider Manual Form 3.9.2, Behavioral Health Assessment: Birth-5 and Service Plan, Part C: Behavioral Health Service Plan](#)

During the process of service planning, providers have the responsibility of informing behavioral health recipients of their rights related to the denial, limited authorization, suspension, termination or reduction of services. In order to ensure T/RBHA and provider compliance with federal and state mandates, ADHS/DBHS is implementing changes to the current Next Steps/Interim Service Plan and Behavioral Health Service Plan of the Core and Birth-5 assessments to provide Title XIX/XXI and Serious Mental Illness (SMI) behavioral health recipients with comprehensive and understandable information related to their notice and appeal rights. Updated versions of these documents containing the required notification language are attached to this memorandum.

While the Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services is currently in the process of completing significant revisions to the behavioral health assessment and service planning documents, until such time as the new documents become available to T/RBHAs and T/RBHA providers, T/RBHAs and T/RBHA providers must implement and comply with changes addressed in this ADHS/DBHS Policy Clarification Memorandum. T/RBHA providers must begin using the updated versions of the service plans no later than **June 15, 2009**. Failure to implement the use of the updated documents may result in regulatory/contractual action, including but not limited to financial sanctions.

The required language has been incorporated into the new drafts of the Core and Birth- 5 initial and individual service plans. T/RBHAs and T/RBHA providers will be provided with the new initial and individual service plans containing all of the requirements upon the finalization of these documents.

Questions regarding the implementation of this requirement may be directed to Margaret Russell at (602) 364-4658 or margaret.russell@azdhs.gov.

Name: _____

NEXT STEPS/INTERIM SERVICE PLAN

1. Identify specific people who may be supportive and helpful and who should be invited to be part of the person's ongoing Team, including phone numbers and action to be taken: _____

2. Identify any additional documentation (e.g., medical records, IEP, probation report), which needs to be collected to assist in the ongoing assessment and service planning including the individuals and/or agencies and action to be taken to obtain this information: _____

3. Identify who the person and/or family/legal guardian/significant other should contact if the person needs immediate assistance before the next appointment: _____

4. **Interim Service Plan.** Based on the person's presenting issues, your impressions and the preferences of the person and his/her family/legal guardian/significant other, describe in the Interim Service Plan on the next page recommended next steps (e.g., formation of Team, response to immediate risks and needs of the person, further assessment). Additionally, this Interim Service Plan should include:

- Any immediate next steps to be taken by the person and/or family/legal guardian/significant others.
- Referral to the person's primary care physician, if *physical health problems* have been identified.
- Additional considerations for urgent response for children removed by Child Protective Services (see shaded box below).

Assessors may also add a goal statement, if appropriate.

For urgent response for **children removed by Child Protective Services**, the assessor must include as part of the recommended next steps/interim service plan, identification of:

1. Actions needed to be taken immediately to mitigate the effects of the removal itself;
2. Supports and services the child's caregivers may need to meet the child's needs; and
3. A plan to ensure that even asymptomatic children are reassessed and observed for surfacing behavioral health needs within at least the next 23 days (or sooner if indicated).

The assessor may also provide any input he/she has regarding the types and amount/frequency of contact (e.g., visits, phone calls, e-mail), the child should have with parents, siblings, relatives and other individuals important to the child.

Name: _____

INTERIM SERVICE PLAN

Description of Next Steps (Action) to Be Taken	Who Will Be Responsible to Ensure Action Occurs	Where Action/Step Will Take Place (e.g., provider)	When Action/ Step Will Take Place

 Yes, I am in agreement with the types & levels of services included in the Interim Service Plan.

Yes, I have received a copy of this plan.

No, I disagree with the types and/or levels of some or all of the services included in this plan. (By checking this box, I will receive the services that I have agreed to receive and may appeal the treatment team’s decision to not include all the types and/or levels of services that I have requested.)

- I have received a Notice of Action (PM Form 5.1.1 if disagreement concerns a Title XIX/XXI covered service).
- I have received the Notice of Decision & Right to Appeal for Individuals with a Serious Mental Illness (PM Form 5.5.1 if disagreement pertains to a Non-Title XIX/XXI covered service).

Name: _____

INTERIM SERVICE PLAN

Service Plan Rights Acknowledgement for Persons who are Title XIX/XXI and/or SMI:

My service plan has been reviewed with me by my behavioral health provider. I know what services I will be getting and how often. All changes in the services have been explained to me. I have marked my agreement and/or disagreement with each service above. I know that in most cases, any reductions, terminations, or suspensions (stopping for a set time frame) of current services will begin no earlier than 10 days from the date of the plan. I know that I can ask for this to be sooner.

If I do not agree with some or all of the services that have been authorized in this plan, I have noted that above. I know if the service asked for was denied, reduced, suspended or terminated, that my behavioral health provider will give me a letter that tells me why the decision was made. That letter will tell me how to appeal the decision that has been made about my services. The letter will also tell me how I can request continued services.

My behavioral health provider has told me how the appeal process works. I know how I can appeal service changes I do not agree with. I know that I can change my mind later about services I agree with today. I know that if I change my mind before the changes go into effect, I will get a letter that tells me the reason my services changed. The letter will also tell me about my appeal rights.

I know that if I need more services or other services than what I am getting, I can call my behavioral health provider at (____) ____ - _____ to talk about this. My behavioral health provider will call me back within 3 working days. Once I have talked with my behavioral health provider, s/he will give me a decision about that request within 14 days. If the behavioral health provider is not able to make a decision about my request within 14 days, s/he will send me a letter to let me know more time is needed to make a decision.

Person/Guardian Signature

Date

Assessor's Name (print) / Signature Cred

Credentials/Position

Date

Behavioral Health Professional Reviewer Name (print) / Signature

Credentials/Position

Date

Agency

Note: The assessor should make sure to provide the person/guardian with a copy of the interim service plan. The CPS specialist, however, should receive a copy of the entire next steps/ interim service plan section.

PART D: BEHAVIORAL HEALTH SERVICE PLAN

Name: _____ CIS Client ID# _____ Program: _____ Today's Date: _____
 Individuals at Service Planning Meeting: _____

RECOVERY GOAL/PERSON-FAMILY VISION:

PERSON'S STRENGTHS:

Review Date (Objective Target Date): _____

IDENTIFIED NEEDS and SPECIFIC OBJECTIVES (to address these needs)	Current Measure	INTERVENTIONS to MEET OBJECTIVES		Desired Measure	Achieved Measure (at target date)	Measure Met (Y/N)
		Specific Services and Frequency	Strengths Used			
1						
2						
3						

DISCHARGE PLAN (add discharge date if known):

Yes, I am in agreement with the types and levels of services included in the ISP.

Yes, I have received a copy of this plan.

No, I disagree with the types and/or levels of some or all of the services included in this plan. (By checking this box, I will receive the services that I have agreed to receive and may appeal the treatment team's decision to not include all the types and/or levels of services that I have requested.)

I have received a Notice of Action (PM Form 5.1.1 if disagreement concerns a Title XIX/XXI covered service).

I have received the Notice of Decision & Right to Appeal for Individuals with a Serious Mental Illness (PM Form 5.5.1 if disagreement pertains to a Non-Title XIX/XXI covered service).

PART D: BEHAVIORAL HEALTH SERVICE PLAN

Service Plan Rights Acknowledgement for Persons who are Title XIX/XXI and/or SMI:

My service plan has been reviewed with me by my behavioral health provider. I know what services I will be getting and how often. All changes in the services have been explained to me. I have marked my agreement and/or disagreement with each service above. I know that in most cases, any reductions, terminations, or suspensions (stopping for a set time frame) of current services will begin no earlier than 10 days from the date of the plan. I know that I can ask for this to be sooner.

If I do not agree with some or all of the services that have been authorized in this plan, I have noted that above. I know if the service asked for was denied, reduced, suspended or terminated, that my behavioral health provider will give me a letter that tells me why the decision was made. That letter will tell me how to appeal the decision that has been made about my services. The letter will also tell me how I can request continued services.

My behavioral health provider has told me how the appeal process works. I know how I can appeal service changes I do not agree with. I know that I can change my mind later about services I agree with today. I know that if I change my mind before the changes go into effect, I will get a letter that tells me the reason my services changed. The letter will also tell me about my appeal rights.

I know that if I need more services or other services than what I am getting, I can call my behavioral health provider at (____) ____ - _____ to talk about this. My behavioral health provider will call me back within 3 working days. Once I have talked with my behavioral health provider, s/he will give me a decision about that request within 14 days. If the behavioral health provider is not able to make a decision about my request within 14 days, s/he will send me a letter to let me know more time is needed to make a decision.

Person / Guardian _____ Date: _____

Clinical Liaison _____ Date: _____ Other _____ Date: _____

BH Prof. Rev. _____ Date: _____ Other _____ Date: _____

NEXT STEPS/INTERIM SERVICE PLAN

1. **Interim Service Plan.** Based on the child’s presenting issues, your impressions and the preferences of the child and his/her parents/caregivers, describe in the Interim Service Plan below recommended next steps (e.g., formation of a Team*, response to immediate risks and needs of the child, further assessment, appropriate referrals). Additionally, this Interim Service Plan should include:

- Referral to the child’s primary care physician, if *physical health problems* have been identified or if the child has not had regular well-child EPSDT visits.
- Referral of any child under the age of 3 to AzEIP, if triggered by *the Developmental Checklist Addendum*.
- Additional considerations for urgent response for children removed by Child Protective Services**

The assessor may also add a goal statement, if appropriate.

*If an AzEIP IFSP team has been formed for the child, the Clinical Liaison will coordinate CFT functions with IFSP functions so as to avoid duplicative processes between systems and to ensure consistency and compatibility of service plans.

For urgent response for **children removed by Child Protective Services, the assessor must include as part of the recommended next steps/interim service plan, identification of:

1. Actions needed to be taken immediately to mitigate the effects of the removal itself;
2. Supports and services the child’s caregivers may need to meet the child’s needs; and
3. A plan to ensure that even asymptomatic children are reassessed and observed for surfacing behavioral health needs within at least the next 23 days (or sooner if indicated).

The assessor may also provide any input he/she has regarding the types and amount/frequency of contact (e.g., visits, phone calls, e-mail), the child should have with parents, siblings, relatives and other individuals important to the child.

<u>Description of Next Steps (Action) to Be Taken</u>	<u>Who Will Be Responsible to Ensure Action Occurs</u>	<u>Where Action/Step Will Take Place (e.g., provider)</u>	<u>When Action/ Step Will Take Place</u>

NEXT STEPS/INTERIM SERVICE PLAN (con't)

2. Identify any immediate next steps to be taken by the parent/caregiver (including how these next steps will be accomplished and where and when these steps will be taken):

3. Identify specific people who may be supportive and helpful and who should be invited to be part of the child’s Child and Family Team (or AzEIP Team), including phone numbers and action to be taken:

4. Identify any additional documentation (e.g., medical records, IEP), which needs to be collected to assist in the ongoing assessment and service planning including the individuals and/or agencies and action to be taken to obtain this information:

5. Identify who the parent/caregiver should contact if their child needs immediate assistance before the next appointment:

-
- Yes, I am in agreement with the types & levels of services included in the Interim Service Plan.
 - No, I disagree with the types and/or levels of some or all of the services included in this plan. (By checking this box, my child/family will receive the services that I have agreed to receive and may appeal the treatment team’s decision to not include all the types and/or levels of services that I have requested.)
 - Yes, I have received a copy of this plan.
 - I have received a Notice of Action (PM Form 5.1.1 if disagreement concerns a Title XIX/XXI covered service).

Service Plan Rights Acknowledgement for Persons who are Title XIX/XXI:

My child’s service plan has been reviewed with me by my child’s behavioral health provider. I know what services my child and family will be getting and how often. All changes in the services have been explained to me. I have marked my agreement and/or disagreement with each service above. I know that in most cases, any reductions, terminations, or suspensions (stopping for a set time frame) of current services will begin no earlier than 10 days from the date of the plan. I know that I can ask for this to be sooner.

If I do not agree with some or all of the services that have been authorized in this plan, I have noted that above. I know if the service asked for was denied, reduced, suspended or terminated, that my child’s behavioral health provider will give me a letter that tells me why the decision was made. That letter will tell me how to appeal the decision that has been made about my child’s and family’s services. The letter will also tell me how I can request continued services.

My child’s behavioral health provider has told me how the appeal process works. I know how I can appeal service changes I do not agree with. I know that I can change my mind later about services I agree with today. I know that if I change my mind before the changes go into effect, I will get a letter that tells me the reason my child’s and family’s services changed. The letter will also tell me about my appeal rights.

NEXT STEPS/INTERIM SERVICE PLAN (con't)

I know that if my child or family needs more services or other services than what we are getting, I can call my child's behavioral health provider at (____) ____-____ to talk about this. My child's behavioral health provider will call me back within 3 working days. Once I have talked with my child's behavioral health provider, s/he will give me a decision about that request within 14 days. If the behavioral health provider is not able to make a decision about my request within 14 days, s/he will send me a letter to let me know more time is needed to make a decision.

 Person/ Caregiver (print name)/ Signature/ Date

 Guardian (print name)/ Signature (if required)/ Date

 Parent (print name)/ Signature/ Date

 Other (specify relationship) (print name)/ Signature/ Date

 Assessor's Name (print) / Signature Cred

 entials/Position

 Date

 Behavioral Health Professional Reviewer Name (print) / Signature

 Credentials/Position

 Date

 Agency

Note: The assessor should make sure to provide the parent/caregiver with a copy of the interim service plan. The CPS specialist, however, should receive a copy of the entire next steps/ interim service plan section.

PART C: BEHAVIORAL HEALTH SERVICE PLAN: BIRTH – 5

Name: _____ CIS Client ID# _____ Program: _____ Today's Date: _____
 Individuals at Service Planning Meeting: _____

RECOVERY GOAL/CHILD-FAMILY VISION:

CHILD'S STRENGTHS:

Review Date (Objective Target Date): _____

IDENTIFIED NEEDS and SPECIFIC OBJECTIVES (to address these needs)	Current Measure	INTERVENTIONS to MEET OBJECTIVES		Desired Measure	Achieved Measure (at target date)	Measure Met (Y/N)
		Specific Services and Frequency	Strengths Used			
1						
2						
3						

DISCHARGE PLAN (add discharge date if known):

- Yes, I am in agreement with the types and levels of services included in the ISP.
- No, I disagree with the types and/or levels of some or all of the services included in this plan. (By checking this box, my child/family will receive the services that I have agreed to receive and may appeal the treatment team's decision to not include all the types and/or levels of services that I have requested.)
- I have received a Notice of Action (PM Form 5.1.1 if disagreement concerns a Title XIX/XXI covered service).
- Yes, I have received a copy of this plan.

PART C: BEHAVIORAL HEALTH SERVICE PLAN: BIRTH – 5

Service Plan Rights Acknowledgement for Persons who are Title XIX/XXI:

My child’s service plan has been reviewed with me by my child’s behavioral health provider. I know what services my child and family will be getting and how often. All changes in the services have been explained to me. I have marked my agreement and/or disagreement with each service above. I know that in most cases, any reductions, terminations, or suspensions (stopping for a set time frame) of current services will begin no earlier than 10 days from the date of the plan. I know that I can ask for this to be sooner.

If I do not agree with some or all of the services that have been authorized in this plan, I have noted that above. I know if the service asked for was denied, reduced, suspended or terminated, that my child’s behavioral health provider will give me a letter that tells me why the decision was made. That letter will tell me how to appeal the decision that has been made about my child’s and family’s services. The letter will also tell me how I can request continued services.

My child’s behavioral health provider has told me how the appeal process works. I know how I can appeal service changes I do not agree with. I know that I can change my mind later about services I agree with today. I know that if I change my mind before the changes go into effect, I will get a letter that tells me the reason my child’s and family’s services changed. The letter will also tell me about my appeal rights.

I know that if my child or family needs more services or other services than what we are getting, I can call my child’s behavioral health provider at (____) ____ - _____ to talk about this. My child’s behavioral health provider will call me back within 3 working days. Once I have talked with my child’s behavioral health provider, s/he will give me a decision about that request within 14 days. If the behavioral health provider is not able to make a decision about my request within 14 days, s/he will send me a letter to let me know more time is needed to make a decision.

Person/ Caregiver (print name)/ Signature/ Date

Guardian (print name)/ Signature (if required)/ Date

Parent (print name)/ Signature/ Date

Other (specify relationship) (print name)/ Signature/ Date

Clinical Liaison _____ Date: _____

Other _____ Date: _____

BH Prof. Rev. _____ Date: _____

Other _____ Date: _____

Nombre: _____

PASOS SIGUIENTES / PLAN DE SERVICIO PROVISIONAL

1. Identifique personas específicas que puedan ser útiles y de apoyo y que se deban invitar a ser parte del Equipo continuo de la persona, incluyendo números de teléfono y medidas que se deben tomar: _____

2. Identifique cualquier documentación adicional (Ej: archivos médicos, IEP, reporte de libertad condicional), que necesita reunirse para ayudar en la evaluación continua y plan de servicios incluyendo a los individuos y / o agencias y las medidas que se deben tomar para obtener esta información: _____

3. Identifique quién es la persona y /o familia / tutor / pareja debe llamar si la persona necesita asistencia inmediata antes de la siguiente cita: _____

4. **Plan de Servicio Provisional.** Con base en los asuntos presentados por la persona, sus impresiones y la preferencia de la persona y su familia /tutor / pareja, describa en el Plan de Servicios Provisional en la siguiente página los siguientes pasos que se recomiendan (Ej: formación de un Equipo, respuesta a los riesgos y necesidades inmediatas de la persona, otra evaluación). Además, este Plan de Servicio Provisional debe incluir:

- Cualquier paso inmediato que debe tomar la persona y / o la familia / tutor / otra persona importante.
- Recomendación con el doctor de cuidado primario de la persona, si se han identificado *problemas físicos de salud.*
- Consideraciones adicionales para la respuesta urgente para los niños removidos por los Servicios de Protección Infantil (vea la caja sombreada abajo).

Los asesores también pueden agregar una declaración de su meta u objetivo, si es apropiado.

Para una respuesta urgente para **niños removidos por los Servicios de Protección Infantil**, el asesor debe incluir, como parte de los siguientes pasos recomendados / plan de servicio Provisional, la identificación de:

1. Las medidas necesarias que se tomarán inmediatamente para mitigar los efectos de la propia remoción;
2. Los apoyos y servicios que el encargado de cuidar al niño pueda necesitar para cumplir con las necesidades del niño; y
3. Un plan para asegurar que incluso los niños asintomáticos se reevalúen y se observen para que aparezcan las necesidades de salud mental dentro de por lo menos los siguientes 23 días (o más pronto si se indica).

El asesor también puede proporcionar cualquier opinión que tenga en relación con los tipos y cantidad / frecuencia de contacto (Ej. visitas, llamadas telefónicas, e-mail), que el niño debe tener con los padres, hermanos, parientes y otros individuos importantes para el niño.

Nombre: _____

PLAN DE SERVICIOS PROVISIONAL

Descripción de los Sigüientes Pasos (Acción) que se Deben Tomar	Quién Será Responsable de Asegurar que la Medida Ocurra	Dónde Ocurrirá la Medida / Paso (Ej: proveedor)	Cuándo Ocurrirá la Medida/ Paso

Si, estoy de acuerdo con los tipos y niveles de servicios Incluidos en el plan de servicios

Si, He recibido una copia de este plan.

padece
co

No estoy en desacuerdo con los tipos y/o niveles de algunos o todos los servicios incluidos en este plan. (Al marcar esta casilla, recibiré los servicios con los que he estado de acuerdo en recibir y puedo apelar la decisión del equipo de tratamiento de no incluir todos los tipos y/o niveles de servicios que he solicitado.)

He recibido un aviso de acción (Forma PM 5.1.1 si el desacuerdo en relación con servicios cubiertos bajo los títulos XIX/XXI).

He recibido el aviso de decisión y el derecho de apelar para personas que n de una enfermedad mental grave (Forma PM 5.5.1 si hay desacuerdo en relación n servicios cubiertos para personan que no están bajo los títulos XIX/XXI).

Información sobre los derechos contenidos en el plan de servicios para personas que están cubiertas bajo los títulos XIX/XXI y/o SMI:

Mi plan de servicios ha sido revisado conmigo por mi proveedor de servicios de salud mental. Sé cuales servicios voy a obtener y cada cuanto tiempo. Todos los cambios en el plan de servicios me han sido explicados. He mencionado mi acuerdo o desacuerdo con cada uno de los servicios listados en la parte de arriba. Sé que en la mayoría de los casos, cualquier reducción, terminación o suspensión (detenidos por un tiempo determinado) de los servicios actuales no comenzará antes de 10 días a partir de la fecha del plan. Sé que puedo pedir que esto suceda antes.

Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios que han sido autorizados en este plan, he hecho la anotación en la parte de arriba. Sé, que si el servicio pedido ha sido negado, reducido, suspendido o terminado, que mi proveedor de servicios de salud mental me entregará una comunicación en la que me informará por qué fue tomada la decisión. Esta carta me indicará cómo apelar la decisión que ha sido tomada en relación a mis servicios. La carta también me informará sobre cómo puedo solicitar la continuidad de los servicios.

Mi proveedor de servicios de salud mental me ha informado acerca de cómo funciona el proceso de apelaciones. Yo sé cómo apelar acerca de cambios en el servicio con los cuales no estuve de acuerdo. Entiendo, que puedo cambiar de opinión después, acerca de servicios con los que hoy estuve de acuerdo. Sé, que si cambio de opinión antes de que los cambios se hagan efectivos, recibiré una carta explicando la razón por la cual mis servicios fueron cambiados. La carta también tendrá información acerca de mis derechos de apelación.

Nombre: _____

Sé que si necesito servicios adicionales u otros servicios diferentes de los que he estado recibiendo, puedo llamar a mi proveedor de servicios de salud mental al () _____ para hablar acerca de este tema. Mi proveedor de servicios de salud mental regresará mi llamada dentro de los siguientes tres días hábiles. Una vez que haya hablado con mi proveedor de servicios de salud mental, éste me dará una decisión acerca de mi solicitud dentro de un plazo de 14 días. Si el proveedor de servicios de salud mental no ha podido tomar una decisión acerca de mi solicitud dentro de los 14 días, entonces me enviará una carta para informarme que se necesita más tiempo para tomar la decisión.

Firma de la Persona / Tutor

Fecha

Nombre del Asesor (impreso) / Firma

Referencias / Puesto

Fecha

Nombre del Profesional de Salud Mental (impreso) / Firma

Referencias / Puesto

Fecha

Agencia

Aviso: El asesor debe asegurarse de proporcionar a la persona / tutor una copia del plan de servicios provisionales. El especialista del CPS, sin embargo, debe recibir una copia de la sección completa de los pasos siguientes del plan de servicios provisionales.

PARTE D: PLAN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Nombre: _____ # de Ident. CIS Cliente _____ Programa: _____ Fecha de hoy: _____
 Personan que asisten a la reunión del Plan de Servicios: _____

META DE RECUPERACIÓN / VISIÓN DE LA PERSONA-FAMILIA:

FORTALEZAS DE LA PERSONA:

Fecha de revisión (Fijada para Cumplir con los Objetivos):

NECESIDADES IDENTIFICADAS Y OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (para tratar estas necesidades)	Medida Actual	INTERVENCIONES para CUMPLIR OBJETIVOS		Medida deseada	Medida Lograda (en la fecha indicada)	Medida alcanzada (S/N)
		Servicios Específicos y Frecuencia	Fortalezas que se utilizaron			
1						
2						
3						

PLAN PARA DAR DE ALTA (agregue la fecha que se dará de alta si la sabe):

Sí, yo estoy de acuerdo con los tipos y niveles de servicios incluidos en el plan de servicios.

Si, He recibido una copia de este plan.

No estoy en desacuerdo con los tipos y/o niveles de algunos o todos los servicios en este plan. (Al marcar esta casilla, recibiré los servicios con los que he estado de acuerdo en recibir y puedo apelar la decisión del equipo de tratamiento de no incluir todos los tipos y/o niveles de servicios que he solicitado.)

He recibido un aviso de acción (Forma PM 5.1.1 si el desacuerdo en relación con servicios cubiertos bajo los títulos XIX/XXI).
 He recibido el aviso de decisión y el derecho de apelar para personas que padecen de una enfermedad mental grave (Forma PM 5.5.1 si hay desacuerdo en relación con servicios cubiertos para personan que no están bajo los títulos XIX/XXI).

PART D: PLAN DE SERVICIO DE SALUD MENTAL

Información sobre los derechos contenidos en el plan de servicios para personas que están cubiertas bajo los títulos XIX/XXI y/o SMI:

Mi plan de servicios ha sido revisado conmigo por mi proveedor de servicios de salud mental. Sé cuales servicios voy a obtener y cada cuanto tiempo. Todos los cambios en el plan de servicios me han sido explicados. He mencionado mi acuerdo o desacuerdo con cada uno de los servicios listados en la parte de arriba. Sé que en la mayoría de los casos, cualquier reducción, terminación o suspensión (detenidos por un tiempo determinado) de los servicios actuales no comenzará antes de 10 días a partir de la fecha del plan. Sé que puedo pedir que esto suceda antes.

Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios que han sido autorizados en este plan, he hecho la anotación en la parte de arriba. Sé, que si el servicio pedido ha sido negado, reducido, suspendido o terminado, que mi proveedor de servicios de salud mental me entregará una comunicación en la que me informará por qué fue tomada la decisión. Esta carta me indicará cómo apelar la decisión que ha sido tomada en relación a mis servicios. La carta también me informará sobre cómo puedo solicitar la continuidad de los servicios.

Mi proveedor de servicios de salud mental me ha informado acerca de cómo funciona el proceso de apelaciones. Yo sé cómo apelar acerca de cambios en el servicio con los cuales no estuve de acuerdo. Entiendo, que puedo cambiar de opinión después, acerca de servicios con los que hoy estuve de acuerdo. Sé, que si cambio de opinión antes de que los cambios se hagan efectivos, recibiré una carta explicando la razón por la cual mis servicios fueron cambiados. La carta también tendrá información acerca de mis derechos de apelación.

Sé que si necesito servicios adicionales u otros servicios diferentes de los que he estado recibiendo, puedo llamar a mi proveedor de servicios de salud mental al () _____ para hablar acerca de este tema. Mi proveedor de servicios de salud mental regresará mi llamada dentro de los siguientes tres días hábiles. Una vez que haya hablado con mi proveedor de servicios de salud mental, éste me dará una decisión acerca de mi solicitud dentro de un plazo de 14 días. Si el proveedor de servicios de salud mental no ha podido tomar una decisión acerca de mi solicitud dentro de los 14 días, entonces me enviará una carta para informarme que se necesita más tiempo para tomar la decisión.

Persona/Guardián _____ Fecha: _____

Coordinador Clínico _____ Fecha: _____

Revisión del Profesional de Salud Mental _____ Fecha: _____

Otro _____ Fecha: _____

Otro _____ Fecha: _____

PASOS SIGUIENTES /PLAN DE SERVICIO PROVISIONAL (continuación)

2. Identifique cualesquiera pasos inmediatos próximos ser tomados por el padre/proveedor de cuidados (inclusive cómo éstos próximos pasos serán alcanzados y dónde y cuándo estos pasos serán tomados):

3. Identifique a gente específica que pueden dar apoyo y ser útil y quién debe ser invitado formar parte del Equipo de Niño y Familia (o el Equipo de AzEIP), inclusive números de teléfono y acción que debe ser tomado:

4. Identifique alguna documentación adicional (por ejemplo, el historial médico, IEP), lo cuáles deben ser reunidos para participar en la evaluación y servicio de planificación progresiva en curso inclusive de los individuos y/o las agencias y la acción que debe ser tomado para obtener esta información:

5. Identifique a quién debe avisar el padre/proveedor de cuidados si el niño necesita ayuda inmediata antes de la próxima cita:

Si, estoy de acuerdo con los tipos y niveles de servicios incluidos en el plan de servicios provisional

No estoy en desacuerdo con los tipos y/o niveles de algunos o todos los servicios incluidos en este plan. (Al marcar esta casilla, mi hijo/familia recibirán los servicios con los que he estado de acuerdo en recibir y puedo apelar la decisión del equipo de tratamiento de no incluir todos los tipos y/o niveles de servicios que he solicitado).

Si, He recibido una copia de este plan.

He recibido un aviso de acción (Forma PM 5.1.1 si el desacuerdo es en relación con servicios cubiertos bajo los títulos XIX/XXI).

Información sobre los derechos contenidos en el plan de servicios para personas que están cubiertas bajo los títulos XIX/XXI:

El plan de servicios de my hijo ha sido revisado conmigo por el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo. Sé cuales servicios mi familia y mi hijo van a obtener y cada cuanto tiempo. Todos los cambios en el plan de servicios me han sido explicados. He mencionado mi acuerdo o desacuerdo con cada uno de los servicios listados en la parte de arriba. Sé que en la mayoría de los casos, cualquier reducción, terminación o suspensión (detenidos por un tiempo determinado) de los servicios actuales no comenzará antes de 10 días a partir de la fecha del plan. Sé que puedo pedir que esto suceda antes.

Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios que han sido autorizados en este plan, he hecho la anotación en la parte de arriba. Sé, que si el servicio pedido ha sido negado, reducido, suspendido o terminado, que el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo me entregará una comunicación en la que me informará por qué fue tomada la decisión. Esta carta me indicará cómo apelar

la decisión que ha sido tomada en relación a los servicios para mi hijo y la familia. La carta también me informará sobre cómo puedo solicitar la continuidad de los servicios.

El proveedor de servicios de salud mental de mi hijo, me ha informado acerca de cómo funciona el proceso de apelaciones. Yo sé cómo apelar acerca de cambios en el servicio con los cuales no estuve de acuerdo. Entiendo, que puedo cambiar de opinión después, acerca de servicios con los que hoy estuve de acuerdo. Sé, que si cambio de opinión antes de que los cambios se hagan efectivos, recibiré una carta explicando la razón por la cual los servicios para mi hijo y/o la familia fueron cambiados. La carta también tendrá información acerca de mis derechos de apelación.

Sé que si mi hijo o la familia necesitan servicios adicionales u otros servicios diferentes de los que hemos estado recibiendo, puedo llamar a mi proveedor de servicios de salud mental de mi hijo al () para hablar acerca de este tema. El proveedor de servicios de salud mental regresará mi llamada dentro de los siguientes tres días hábiles. Una vez que haya hablado con el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo, éste me dará una decisión acerca de mi solicitud dentro de un plazo de 14 días. Si el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo no ha podido tomar una decisión acerca de mi solicitud dentro de los 14 días, entonces me enviará una carta para informarme que se necesita más tiempo para tomar la decisión.

Persona /Nombre de la persona encargada del cuidado /Firma/fecha

Guardián (nombre impreso) Firma (si se requiere)/Fecha

Padre (nombre impreso)/Firma/Fecha

Otro (especifique la relación) (nombre impreso)/Firma/Fecha

Nombre del Asesor (nombre impreso)/ Firma

Credenciales/Título

Fecha

Profesional de Salud Mental que revisa (nombre)/ Firma Crede

nciales/Título

fecha

Agencia

Nota: El evaluador debe asegurarse de proporcionar al padre/proveedor de cuidados una copia del plan de servicios provisional. El especialista de CPS, sin embargo, debe recibir una copia completa de los próximos pasos / sección del plan del servicio provisional.

PARTE B: ADDENDA: *NACIMIENTO* – 5

Nombre: _____

PARTE B: ADDENDAS ADICIONALES: *NACIMIENTO* – 5

**HISTORIAL DE FAMILIA Y CULTURA
(FAMILIAS BIOLÓGICAS Y ADOPTIVAS)**

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar _____ y fechar _____

1. ¿Qué son las cosas que hacen a sus miembros de la familia sentirse bien de sí mismos lo cual les permite tener vidas más significantes? (incluya los intereses, puntos fuertes, talentos, habilidades y capacidades, conocimiento/educación, amigos, familia extendida, valores, religión/espiritualidad, cultura/comunidad, trabajo, escuela, etc.)

PARTE C: PLAN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL: NACIMIENTO - 5

Nombre: _____ N° de Cliente CIS _____ Programa _____ Fecha de Hoy: _____

Personas Presentes en la Junta de Planificación: _____

META DE RECUPERACION/VISION DEL NIÑO Y LA FAMILIA:

FORTALEZAS DEL NIÑO:

Fecha de Revisión (Fecha de cumplimiento del Objetivo): _____

NECESIDADES IDENTIFICADAS Y OBJETIVOS ESPECIFICOS (para manejar estas necesidades)	Medida Actual	INTERVENCIONES PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS		Medida Deseada	Medida Alcanzada (en la fecha de la meta)	Medida Lograda (S/N)
		Servicios Específicos y Frecuencia	Fortalezas Usados			
1						
2						
3						

PLAN PARA DAR DE ALTA (fecha en que se dio de alta, si la conoce):

Si, estoy de acuerdo con los tipos y niveles de servicios incluidos in el plan de servicios.

Si, He recibido una copia de éste plan

No, estoy en desacuerdo con los tipos y/o niveles de algunos o todos los servicios incluidos in éste plan. (Al marcar esta casilla, mi hijo/familia recibirán los servicios que he concordado a recibir y puedo apelar la decisión del equipo de tratamiento de no incluir todos los tipos y/o niveles de servicios que he solicitado).

He recibido un aviso de acción (Forma PM 5.1.1 si el desacuerdo es en relación con servicios cubiertos bajo los títulos XIX/XXI).

Información sobre los derechos contenidos en el plan de servicios para personas que están cubiertas bajo los títulos XIX/XXI:

El plan de servicios de mi hijo ha sido revisado conmigo por el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo. Sé cuales servicios mi familia y mi hijo van a obtener y cada cuanto tiempo. Todos los cambios en el plan de servicios me han sido explicados. He mencionado mi acuerdo o desacuerdo con cada uno de los servicios listados en la parte de arriba. Sé que en la mayoría de los casos, cualquier reducción, terminación o suspensión (detenidos por un tiempo determinado) de los servicios actuales no comenzará antes de 10 días a partir de la fecha del plan. Sé que puedo pedir que ésto suceda antes.

Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios que han sido autorizados en este plan, he hecho la anotación en la parte de arriba. Sé, que si el servicio pedido ha sido negado, reducido, suspendido o terminado, que el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo me entregará una comunicación en la que me informará por qué fue tomada la decisión. Esta carta me indicará cómo apelar la decisión que ha sido tomada en relación a los servicios para mi hijo y la familia. La carta también me informará sobre cómo puedo solicitar la continuidad de los servicios.

El proveedor de servicios de salud mental de mi hijo, me ha informado acerca de cómo funciona el proceso de apelaciones. Yo sé cómo apelar acerca de cambios en el servicio con los cuales no estuve de acuerdo. Entiendo, que puedo cambiar de opinión después, acerca de servicios con los que hoy estuve de acuerdo. Sé, que si cambio de opinión antes de que los cambios se hagan efectivos, recibiré una carta explicando la razón por la cual los servicios para mi hijo y/o la familia fueron cambiados. La carta también tendrá información acerca de mis derechos de apelación.

Sé que si mi hijo o la familia necesitan servicios adicionales u otros servicios diferentes de los que hemos estado recibiendo, puedo llamar a mi proveedor de servicios de salud mental de mi hijo al () para hablar acerca de este tema. El proveedor de servicios de salud mental regresará mi llamada dentro de los siguientes tres días hábiles. Una vez que haya hablado con el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo, éste me dará una decisión acerca de mi solicitud dentro de un plazo de 14 días. Si el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo no ha podido tomar una decisión acerca de mi solicitud dentro de los 14 días, entonces me enviará una carta para informarme que se necesita más tiempo para tomar la decisión.

Persona /Nombre de la persona encargada del cuidado /Firma/fecha

Guardián (nombre impreso) Firma (si se requiere)/Fecha

Padre (nombre impreso)/Firma/Fecha

Otro (especifique la relación) (nombre impreso)/Firma/Fecha

Nombre del Enlace Clínico

Fecha

Otro

Fecha

Profesional de Salud Mental que revisa (nombre)/ Firma

Fecha

Ot

ro

Fecha