

**Solicitud de cambio de proveedor**  
Exención de Medicaid para servicios en la casa y la comunidad  
Transición y remisión a residencias de atención de largo plazo (NHTD)  
y lesión cerebral traumática (TBI)

Elija una opción:  NHTD  TBI

Yo, (nombre del participante) \_\_\_\_\_ (CIN) \_\_\_\_\_  
solicito hacer el siguiente cambio en la agencia proveedora de servicios de exención o del personal de la agencia que actualmente me presta este servicio.

Recibí información sobre mi derecho a mantener la agencia proveedora de los servicios de exención actual o de elegir una nueva agencia de la lista de todos los proveedores de servicios de exención disponibles para este servicio.

Servicio de exención	Nombre de la agencia proveedora actual o agencia proveedora Nombre del personal y teléfono	Nombre de la agencia o proveedor solicitado Nombre del personal de la agencia y teléfono

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del tutor legal (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**NOTA: El coordinador de servicios debe informar de esta solicitud al proveedor actual y al solicitado.**

Firma del coordinador de servicios actual \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_

La reunión para la transición será el (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

**Sección que debe completar el proveedor solicitado:**

\_\_\_\_\_  
Provider/Provider Agency

will provide service(s) to the above named participant  
 will not provide service(s) to the above named participant

Reason: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Provider Contact Signature/Title

\_\_\_\_\_  
Date

**Sección que debe completar el especialista regional en el desarrollo de recursos:**

This request for change in waiver Provider and/or waiver Provider Agency has been reviewed and:

Approved, services to begin effective: \_\_\_\_\_  
 Denied (explanation) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Regional Resource Development Specialist Signature

\_\_\_\_\_  
Date

- c. c.: Participante
- Tutor legal (si corresponde)
- Proveedor de servicios de exención actual
- Proveedor de servicios de exención nuevo
- Todas las agencias proveedoras actuales