

## CASE TRANSFER DOCUMENTO PARA TRANSFERIR LOS CASOS

NAME OF CLIENT/  
NOMBRE DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_ MEDICAID NUMBER/  
NÚMERO DE MEDICAID: \_\_\_\_\_

CASE TRANSFERRED FROM (CURRENT PROVIDER NAME)  
CASO TRANSFERIDO DE: (NOMBRE DE PROVEEDOR DE CUAL DESEA TRANSFERIR:) \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CASE TRANSFERRED TO (NEW PROVIDER NAME)  
CASO TRANSFERIDO A: (NOMBRE DE PROVEEDOR A CUAL DESEA TRANSFERIR:) \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

**REASONS FOR TRANSFER /MOTIVOS POR TRANSFERIR:**

- CLIENT/FAMILY RELOCATED/CAMBIO DE DOMICILIO DEL CLIENTE/DE LA FAMILIA
- CLIENT/FAMILY REQUEST CHANGE/TRANSFER  
EL CLIENTE/LA FAMILIA PIDE CAMBIAR O TRANSFERIR
- OTHER (SPECIFY)/OTRO (EXPLIQUE) \_\_\_\_\_

I, the  client  parent  guardian, request my/my child's services be transferred as outlined above. I understand that I have the freedom to choose my provider.

Yo,  el cliente  el padre  el tutor, pide que los servicios míos o de mi hijo sean transferidos como se describe al principio de esta página. Entiendo que tengo la libertad de escoger un proveedor para mí o para mi hijo.

I, the  client  parent  guardian, give my consent for the current provider/agency listed above to give the new provider/agency listed above a copy of my/my child's case management record. I give my consent for my new provider to get information including but not limited to intake, needs assessment, service plan, and follow-up documentation. I know that this information will be used to continue case management services for me/my child. This consent will expire three months from the date of signature unless I cancel it. I know that I must write to my case manager to cancel this consent. I know that this consent will not affect my (or my child's) treatment, payment, enrollment or eligibility for case management services. I know that anyone who gets information as a result of this consent may share it with others as the law allows.

Yo,  el cliente  el padre  el tutor, autorizo/autoriza al proveedor o agencia actual listado arriba que le proporcione al nuevo proveedor o agencia listado arriba una copia de mi expediente de administración de casos o del expediente de administración de casos de mi hijo. Autorizo a nuevo proveedor mío o a nuevo proveedor de mi hijo que reciba información, incluyendo, pero sin limitarse a los mismos, los ingresos, la evaluación de necesidades, el plan de servicio y la documentación de servicios complementarios. Entiendo que esta información será utilizada para continuar los servicios de administración de casos para mí o para mi hijo. Esta autorización expirará tres meses después de la fecha en que se firmó, a menos que la cancele. Entiendo que debo notificar por escrito a mi administrador de casos o al administrador de casos de mi hijo para cancelar esta autorización. Entiendo que esta autorización no afectará el tratamiento para mí o para mi hijo, los pagos, la inscripción o la elegibilidad para los servicios de administración de casos de mí o los de mi hijo. Entiendo que cualquier persona que reciba información como resultado de esta autorización la podrá compartir con otros, según lo permita la ley.

CLIENT/PARENT GUARDIAN SIGNATURE/  
FIRMA DEL CLIENTE/ DEL PADRE/DEL  
TUTOR: \_\_\_\_\_ DATE/  
FECHA: \_\_\_\_\_

CASE MANAGER SIGNATURE/  
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CASO: \_\_\_\_\_ DATE/  
FECHA: \_\_\_\_\_  
PRINTED NAME OF CASE MANAGER/  
NOMBRE DE ADMINISTRADOR DEL CASO: \_\_\_\_\_

CASE MANAGEMENT PROVIDER NAME/  
NOMBRE DEL PROVEEDOR : \_\_\_\_\_  
INTERPRETER SIGNATURE (IF APPLICABLE)/  
FIRMA DEL INTÉRPRETE (EN CASO DE QUE LO  
HAYA): \_\_\_\_\_ DATE/  
FECHA: \_\_\_\_\_