



Date

Office Address and Telephone No.

Applicant's Name and Address

[]

[]

Approval of Application for CLASS

Applicant's Medicaid No. _____

Your application for enrollment in the Community Living Assistance and Support Services (CLASS) Program has been reviewed.

You are eligible for enrollment into the CLASS Program effective: _____

This means you are authorized to begin receiving CLASS Program services on or after this date.

The name of your Direct Service Agency is: _____

The name of your Case Management Agency is: _____

The name of your Consumer Directed Services Agency, if applicable, is: _____

Signature – Case Manager

Date



TEXAS
Health and Human
Services

Fecha

Oficina y teléfono

Nombre y dirección del solicitante:

[Empty box for name and address]

[Empty box for name and address]

Aprobación de Solicitud de CLASS

Núm. de Medicaid del solicitante _____

Hemos revisado su solicitud de inscribirse en el programa de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS).

Usted llena los requisitos para inscribirse en el programa CLASS a partir del: _____

Esto significa que está autorizado para empezar a recibir servicios del programa CLASS de esa fecha en adelante.

El nombre de la agencia de servicios directos es: _____

El nombre de la agencia de administración de casos es: _____

El nombre de la agencia de servicios administrados por el cliente, si corresponde, es: _____

 Firma – Administrador de casos

 Fecha