CASE CLOSURE FORM
FORMULARIO PARA CIERRE DE CASOS

Name of client/
Nombre del Cliente: _____ Medicaid number/
Número de Medicaid: _____

Reason for closure/ Motivo del cierre del caso: (mark those that apply/margue los que apliquen)

☐ Client/Family relocated/
Cambio de domicilio del Cliente/Familia

☐ Client/Family requests closure/no longer desires services/
El Cliente/Familia solicitó que se cerrara el caso ya no desea recibir los servicios

☐ Client turns 2l years of age (for non-pregnancy related eligibility)/
El Cliente cumple 21 años de edad

☐ Client is 59 days postpartum /
La Cliente dio a luz hace 59 días

☐ Client no longer qualifies for Medicaid and does not anticipate re-eligibility in the near future /
El Cliente dejó de ser elegible para recibir Medicaid y no cree volver a tener derecho a este servicio en un futuro cercano

☐ Client no longer requires case management due to all client/family needs having been addressed/resolved/
El Cliente ya no requiere los servicios de administracion de casos porque ya han sido satisfechas/resueltas todas las necesidades del Cliente/Familia

☐ Client has improvement in health condition/La salud del cliente ha mejorado

☐ Client lost to follow-up/unable to locate (documentation should include dated attempts to locate)/
El Cliente no se presentó a la cita de seguimiento fue imposible localizarlo (la documentación debe incluir los intentos que se hicieron para localizarlo y las fechas)

☐ Approval for extended case management visits/services has been denied/
Se negó la aprobación para continuar con las visitas/servicios de adminstracion de casos

☐ Client deceased; Parent/Guardian signature not required/
El Cliente falleció. No se requiere la firma del Padre o Tutor

☐ Other (specify)/Otro, especifique : _____

I am the ☐ client ☐ parent ☐ guardian and agree to the closure of my/my child's CPW case.

Client/Parent Guardian Signature/
Firma del Cliente/Padre/Tutor:: _____ Date/Fecha: _____

Case Manager Signature/
Firma del Administrador del Caso: _____ Date/Fecha: _____

Printed name of case manager/
Nombre de Proveedor de Administración de Casos: _____

Case Management Provider/Agency Name/
Direción del Proveedor de Administración de Casos: _____

Interpreter Signature (if applicable)/
Firma del Intérprete (en caso de que lo haya): _____ Date/Fecha _____