



Só para uso interno

INSCRIÇÃO PARA SERVIÇOS

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Nome da pessoa que se inscreve: _____ Data de nascença: _____

Endereço da residência: _____

Rua Apart./Andar Cidade Estado Código postal

Endereço postal: _____

(se for diferente da residência) Rua/Apartado Apart./Andar Cidade Estado Código postal

Telefone: _____ Número de Segurança Social: _____ - _____ - _____

DCYF envolvido: Sim Não Data final da escola secundária: (incluindo Academia de Transição) _____

Estado civil: Nunca casado Casado Divorciado Separado Viúvo

Nome de solteira: (se for aplicável) _____ Sexo: Masculino Feminino

Herança racial/étnica: Branco (não-hispano) Negro (não-hispano) Hispano

Asiático ou das ilhas do Pacífico Índio americano ou nativo do Alasca Outro _____

Fala ou alguém no seu lar fala inglês? Sim Não Se "Não", qual é o idioma primário falado? _____

Como vive: Vive só Com família Casa/Residência em grupo Outro _____

Nome e data de nascença do Pai/Pessoa que o cuida: _____

Nome e data de nascença do Pai/Pessoa que o cuida: _____

Nome do médico primário/fornecedor de cuidados de saúde: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Medicaid: Sim Não Medicare: Sim Não Outro seguro de saúde: _____

2. INDIQUE INCAPACIDADE(S) DA PESSOA QUE SE INSCREVE:

(Forneça nomes e/ou descrições das incapacidades)

Idade em que começaram a(s) incapacidade(s): _____

3. MARQUE TODAS AS AGÊNCIAS COM AS QUAIS VOCÊ ESTEVE ENVOLVIDO:

DCYF Educação Especial ORS PARI DHS Crossroads

Child Dev Ctr (CDC) @ Hospital em RI Hospitalizações Psiquiátricas: _____

Escola(s) - Nome/Endereço/Telefone: _____

Serviços de Saúde Mental - Nome/Endereço/Telefone: _____

Outra(s) agência(s) - Nome/Endereço/Telefone: _____

4. FONTE DE RENDIMENTOS: Forneça informações de trabalho recente.

Está correntemente empregado? Sim Não Se 'Sim', forneça abaixo o nome e endereço do empregador:

Salário bruto da pessoa que se inscreve: (indique um) Anual \$ _____,00 (quantia ganha por ano) Bisemanal \$ _____,00 (quantia ganha cada duas semanas) Semanal \$ _____,00 (quantia ganha cada semana)	A pessoa que se inscreve recebe: SSI (Seguro Social): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantia por mês \$ _____,00 (Cheque do governo no 1º do mês) SSDI/RSDI: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantia por mês \$ _____,00 (Cheque do governo no 3º do mês) Outra fonte de rendimento: Quantia por mês \$ _____,00 (por exemplo, apoio para crianças, pensão de alimentos, fundo estabelecido, etc.)
---	---

5. SERVIÇOS PEDIDOS ATRAVÉS DA DIVISÃO DE DEFICIÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO:

- Administração do caso** – Serviços de um Trabalhador Social através da Divisão para dar assistência no acesso a apoios.
- Apoios de emprego/diários** – Apoios para dar assistência ao indivíduo no emprego apoiado, experiencias de voluntário, ou actividades recreacionais e sociais.
- Apoios da comunidade** – Apoio directo e assistência para participantes, ou para alívio de quem lhes fornece cuidados, dentro ou fora da residência dos participantes
- Apoios residenciais:**
- Serviços residenciais imediatos** BHDDH - QI envolvimento devido a abuso ou negligência, polícia, gabinete do procurador geral ou decisão do DCYF (Departamento de Crianças Jovens e Famílias) que obriga à remoção e colocação num ambiente residencial, indivíduos em hospitais ou reabilitação limitada no tempo requerendo um ambiente residencial de 24 horas após alta, ambiente residencial para jovens quando fazem 21 anos, pessoa que dá cuidados primários mas é medicamente frágil, ambiente temporário após a incapacidade ou morte da pessoa que dá cuidados primários.
- Serviços residenciais futuros.** O indivíduo poderá necessitar ou desejar serviços residenciais no futuro.
- Modificações no lar** – Mudanças no lar para melhorar a capacidade para o indivíduo ser independente.

6. TEM UM TUTOR NOMEADO POR UM TRIBUNAL?

Sim Não

Se "Sim", complete as informações abaixo e também anexe uma cópia da documentação de Nomeação da Tutela pelo Tribunal Homologador (Probate)

Nome: _____ Parentesco/relação: _____ Telefone: _____

Endereço/Cidade/Estado/Código postal: _____

7. PRECISOU DE AJUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULÁRIO?

Sim Não Se "Sim":

Nome: _____ Parentesco/relação: _____ Telefone: _____

QUEM É QUE O ENCAMINHOU PARA O BHDDH?

8. QUER ALGUÉM JUNTO DE SI DURANTE UMA ENTREVISTA COM O PESSOAL DA DIVISÃO?

Sim Não Se "Sim" e a pessoa que gostaria de ter consigo durante a entrevista com o pessoal da Divisão for diferente da pessoa indicada acima, forneça o seu nome, parentesco/relação e número de telefone abaixo:

Nome: _____ Parentesco/relação: _____ Telefone: _____

**** ESTA INSCRIÇÃO TEM QUE SER ASSINADA E DATADA ABAIXO ****

- Se a pessoa que se inscreve tem um tutor nomeado por um tribunal, o tutor tem que assinar e datar abaixo.
- Se a pessoa que se inscreve for incapaz de assinar o seu nome, o seu advogado ou representante autorizado ou pai poderá assinar.
- Se a pessoa que se inscreve tem menos de 18 anos, tanto a pessoa que se inscreve como o seu pai tem que assinar a inscrição.

(Assinatura da pessoa que se inscreve) _____ Data: _____

(Assinatura do advogado/representante autorizado/pai) _____ Parentesco/relação: _____ Data: _____

(Assinatura do tutor nomeado pelo tribunal, se aplicável) _____ Parentesco/relação: _____ Data: _____