ESTADO DE RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS
DEPARTAMENTO DE SALUD CONDUCTUAL, DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO Y HOSPITALES
DIVISIÓN DE DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO
6 HARRINGTON ROAD – SIMPSON HALL
CRANSTON, RI 02920
(401) 462-3421

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS

Solo para uso interno

1. Información PERSONAL:

Nombre del solicitante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección del domicilio:

_____
Calle Apto./Piso Ciudad Estado Código Postal

Dirección postal: _____
(si es distinta del domicilio) Calle/Buzón Postal Apto./Piso Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ **N.º de seguro social:** __ __ __ - __ __ - __ __ __ __

DCYF está involucrado: Sí ❑ No ❑ **Último día de secundaria:** *(incluye la Academia de Transición)*_____
Estado civil: Nunca se ha casado ❑ Casado(a) ❑ Divorciado(a) ❑ Separado(a) ❑ Viudo(a) ❑
Apellido de soltera: (*si corresponde*) _____ **Sexo:** Hombre ❑ Mujer ❑
Herencia racial y étnica: Blanco (no hispano o latino) ❑ Negro (no hispano o latino) ❑ Hispano o latino ❑
Asiático o isleño del Pacífico ❑ Amerindio o nativo de Alaska ❑ Otro ❑ _____
¿Usted o alguna de las personas que vivan con usted hablan inglés? Sí ❑ No ❑ *Si responde "No"*, ¿cuál es el idioma que hablan principalmente?

_____
Situación de vivienda: Vive solo(a) ❑ Con familiares ❑ Hogar o residencia de guarda ❑ Otro ❑ _____
Nombre y fecha de nacimiento del padre, madre o cuidador: _____
Nombre y fecha de nacimiento del padre, madre o cuidador: _____
Nombre del médico de cabecera o de atención primaria: _____
Dirección:_____ Teléfono: _____
Medicaid: Sí❑ No❑ Medicare: Sí❑ No❑ Otro seguro médico: _____

2. INDIQUE LA(S) DISCAPACIDAD(ES) DEL SOLICITANTE:

[Indique el nombre de la(s) discapacidad(es) o descríbala(s)]

_____

_____

Edad en que comenzó a mostrar la(s) discapacidad(es): _____

3. MARQUE TODAS LAS AGENCIAS CON LAS QUE SE HA INVOLUCRADO.

❑ DCYF ❑ Educación especial ❑ ORS ❑ PARI ❑ DHS ❑ Crossroads

❑ Child Dev Ctr (CDC) en RI Hospital ❑ Hospitalizaciones psiquiátricas:_____

❑ Escuela(s); nombre, dirección y teléfono: _____

_____

❑ Servicios de salud mental; nombre, dirección y teléfono: _____

_____

❑ Otras agencias; nombre, dirección y teléfono: _____

_____

_____

4. FUENTE DE INGRESOS: Proporcione información laboral reciente.

CONTINÚA AL DORSO→

¿Está empleado en este momento? Sí ❑ No❑ En caso afirmativo, indique abajo el nombre y la dirección del empleador:_____

Salario bruto del solicitante: (escoja una opción)	**El solicitante recibe:**
Anual $ _____.00 (suma ganada al año)	**SSI:** Sí ❑ No ❑ Monto mensual $_____.00 (cheque del gobierno recibido el 1ero de cada mes)
Bisemanal $ _____ (suma ganada cada dos semanas)	**SSDI/RSDI:** Sí ❑ No ❑ Monto mensual $_____.00 (cheque del gobierno recibido el día 3 de cada mes)
Semanal $ _____ (suma ganada semanalmente)	**Otra fuente de ingresos:** Monto mensual $_____.00 (p. ej.: manutención infantil, pensión del cónyuge separado, fondo fiduciario, etc.)

5. SERVICIOS SOLICITADOS A TRAVÉS DE LA DIVISIÓN DE DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO:

❑ **Gestión de casos:** servicios prestados por un trabajador social a través de la división para brindar asistencia para acceder a recursos de apoyo.

❑ **Apoyo laboral y durante el día:** medidas de apoyo para ayudar a la persona en un empleo asistido, a desempeñarse como voluntario o en actividades recreativas y sociales.

❑ **Apoyo comunitario:** apoyo y asistencia directos para participantes o para relevar al cuidador dentro o fuera de la residencia del participante.

Apoyo residencial:

❑ **Servicios residenciales inmediatos de BHDDH:** intervención de la división de mejoramiento de la calidad (QI) a consecuencia de abuso o abandono, por una decisión de la policía, de la fiscalía general o de DCYF que justifique el traslado y la colocación en un entorno residencial, personas hospitalizadas o en rehabilitación con limitación de tiempo que requieran un entorno residencial las 24 horas al momento del alta, jóvenes en entornos residenciales al momento de cumplir los 21 años, cuidador principal cuyo estado de salud sea delicado, entorno temporal tras la incapacitación o muerte del cuidador principal.

❑ **Servicios residenciales en el futuro.** Quizás la persona necesite o desee recibir servicios residenciales en el futuro.

❑ **Modificaciones en el hogar:** cambios efectuados en el hogar tendientes a mejorar la capacidad de la persona para ser independiente.

❑ **Tecnología para asistencia:** dispositivos para ayudar a la persona a cuidarse a sí misma, a comunicarse y a desplazarse.

6. ¿TIENE UN TUTOR DESIGNADO POR UN TRIBUNAL? Sí ❑ No ❑

En caso afirmativo, rellene la información solicitada abajo y además anexe una copia del documento de designación de un tutor emitido por el tribunal en materia testamentaria.

Nombre: _____Parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

7. ¿NECESITÓ AYUDA PARA RELLENAR ESTE FORMULARIO? Sí ❑ No ❑ *En caso afirmativo:*

Nombre: _____Parentesco: _____ Teléfono: _____

¿QUIÉN LO REFIRIÓ A BHDDH? _____

8. ¿DESEA QUE ALGUIEN LO ACOMPAÑE DURANTE LA ENTREVISTA CON EL PERSONAL DE LA DIVISIÓN? Sí ❑ No ❑

En caso afirmativo y si la persona que usted desee que lo acompañe durante la entrevista con la División no es la misma que se indica más arriba, escriba abajo el nombre, el parentesco y el número de teléfono de la persona:

Nombre: _____Parentesco: _____ Teléfono: _____

**** SE DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD EN EL ESPACIO QUE SIGUE ****

- Si el solicitante tiene un tutor designado por un tribunal, dicho tutor deberá firmar y fechar abajo.
- Si el solicitante no puede firmar, su defensor o un representante autorizado, padre o madre podrán firmar.
- Si el solicitante es menor de 18 años, tanto éste como su padre o madre deberán firmar la solicitud.

_____ Date:_____
(Firma del solicitante)

_____ Parentesco:_____ Fecha:_____
(Firma del defensor, representante autorizado, padre o madre)

_____ Parentesco:_____ Fecha:_____
(Firma del tutor designado por el tribunal, si corresponde)