



Programa de Apoyo Familiar - Formulario de Aplicación

ESTA FORMA DEBE SER LLENADA COMPLETAMENTE

Fecha: _____ Condado de residencia: _____

Nombre de la persona con discapacidad severa o del desarrollo que solicita Apoyo Familiar: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre del Padre/Cónyuge/Representante Legal, si es diferente al anterior: _____

Dirección de la familia: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Servicios de soporte potenciales necesarios/solicitados (marque todos los que correspondan):

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado Antes/después | <input type="checkbox"/> Relacionados con la salud | <input type="checkbox"/> Recreación/Campamentos de Verano | <input type="checkbox"/> Entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Comportamiento | <input type="checkbox"/> Servicios de trabajo doméstico | <input type="checkbox"/> Relevo | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Modificaciones en el hogar | <input type="checkbox"/> Equipos especializados y mantenimiento/repación | <input type="checkbox"/> Modificaciones del vehículo |
| <input type="checkbox"/> Gastos de emergencia vitales | <input type="checkbox"/> Enfermería/Asistente de Enfermera | <input type="checkbox"/> Nutrición especializada/Ropa/Suministros | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Consejería Familiar | <input type="checkbox"/> Asistencia personal | | |

¿Sted (la persona que solicita apoyo familiar) recibe alguno de los siguientes? (Marque todos los que correspondan):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia por adopción | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social (SSI) | <input type="checkbox"/> Servicios de Intervención temprana (TEIS) | <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de comida | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social por Discapacidad | <input type="checkbox"/> PACE (Programa de Atención Todo Incluido para Ancianos) | <input type="checkbox"/> Servicios de Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Servicios Residenciales | <input type="checkbox"/> Foster Care | <input type="checkbox"/> Programa CHOICES | <input type="checkbox"/> Vida apoyada |
| | | | <input type="checkbox"/> Ninguno |

¿Qué tipo de seguro tiene usted (la persona que solicita apoyo familiar)?

- TennCare (Medicaid) Medicare Seguro Privado Sin Seguro

¿Ha solicitado usted (la persona que solicita apoyo familiar) o recibe alguno de los siguientes? (Marque todos los que correspondan):

- CHOICES ECF Choices DIDD Waivers TBI Grant Programa Katie Beckett
- Cualquier apoyo en el hogar o la comunidad Ninguno

Para cumplir con el Título VI, se solicita la siguiente información:

- Masculino Femenino
- Africano-americano asiático Blanco Hispano Otro Desconocido

Formulario de Admisión del Programa de Apoyo Familiar, página 2

Discapacidad Primaria – Compruebe cuáles de las siguientes categorías principales de discapacidad son más relevantes para la persona con la discapacidad grave/de desarrollo como diagnóstico primario:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Discapacidad neurológica |
| <input type="checkbox"/> Sordo y/o Ciego | <input type="checkbox"/> Discapacidad ortopédica/ Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la salud | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo (Nacimiento – hasta los 8 años) |
| | <input type="checkbox"/> Otro |

La discapacidad de la persona ocurrió: Antes de los 22 años A los 22 años o después

NOTAS: Por favor explique en detalle cómo los fondos de Apoyo Familiar ayudarían a su familia. Sobre la base del diagnóstico del solicitante, ¿qué necesidades es incapaz de cubrir sin estos apoyos? ¿Cómo mejoraría la vida diaria del solicitante con esta asistencia? Utilice papel adicional si es necesario.

Al firmar y fechar este Formulario de Aplicación, la persona que solicita o su representante legal manifiesta que, toda la información anterior es verdadera y correcta. Además, entiende que proporcionar información inválida, inexacta o incompleta podría considerarse como fraude y puede resultar en una investigación criminal y la descalificación del programa que evitaría la re-aplicación en años posteriores.

Firma de la persona aplicando o su representante legal

Fecha

¿Cómo se obtuvo esta información (por ejemplo, visita cara a cara, por teléfono o correo)?

Si alguien que no sea la familia/solicitante está haciendo la referencia:

Nombre de la persona que hace la referencia a Apoyo Familiar:

Agencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____