



Formulario de Admisión de Manutención Familiar

ESTE FORMULARIO DEBE LLENARSE EN SU TOTALIDAD

Fecha: _____

Condado de Residencia: _____

Nombre de la persona con discapacidad grave/del desarrollo para la que se solicita Manutención Familiar: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nac.: _____/_____/____ Edad: _____

Nombre del Padre/Madre/Cónyuge/Representante legal, si es diferente al indicado arriba: _____

Dirección de la familia: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Posibles Servicios de Apoyo Necesarios/Solicitados (Marque todo lo que corresponda):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidados Antes/Después | <input type="checkbox"/> Relacionados con la Salud | <input type="checkbox"/> Recreación/Campamentos de Verano | <input type="checkbox"/> Capacitación |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Conducta | <input type="checkbox"/> Servicios Domésticos | <input type="checkbox"/> Relevo de Descanso | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Modificaciones en el Hogar | <input type="checkbox"/> Equipos Especializados y Mantenimiento/Reparación | <input type="checkbox"/> Modificaciones de Vehículo |
| <input type="checkbox"/> Gastos de Manutención de Emergencia | <input type="checkbox"/> Enfermería / Auxiliar de Enfermería | <input type="checkbox"/> Nutrición Especializada/ Vestimenta/ Suministros | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientación Familiar | <input type="checkbox"/> Apoyo Personal | | |

¿Recibe usted (la persona que solicita Manutención Familiar) alguna de las siguientes ayudas? (Marque todo lo que corresponda):

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda para la Adopción | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Sistema de Intervención Temprana de Tennessee (TEIS, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Rehabilitación Profesional |
| <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social por Discapacidad | <input type="checkbox"/> PACE (Programa de Atención Integral al Adulto Mayor) | <input type="checkbox"/> Servicios de Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Servicios Residenciales | <input type="checkbox"/> Crianza Temporal | <input type="checkbox"/> MAPs (Camino Alternativo a la Independencia de Medicaid) | <input type="checkbox"/> Vida con Apoyo |
| | <input type="checkbox"/> Programa OPTIONS | | <input type="checkbox"/> Ninguna |

¿Qué tipo de seguro tiene (la persona que solicita Manutención Familiar)?

- TennCare (Medicaid) Medicare Seguro Privado Sin Seguro

¿Ha solicitado (la persona que solicita Manutención Familiar) o recibe alguna de las siguientes ayudas? (Marque todo lo que proceda):

- CHOICES ECFChoices Exenciones del DIDD Programa Katie Beckett Cualquier ayuda a domicilio o comunitaria
- Ninguna

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

1. RAZA (Marque todo lo que corresponda) [las normas federales consideran que "hispano/latino" es un grupo étnico, que debe responderse a continuación separado de "Raza"]:

- Indio Americano/Nativo de Alaska Afroamericano/Negro Caucásico/Blanco Hawaiano/ Otros Isleños del Pacífico Asiático Otro

2. ETNICIDAD [si se autoidentifica como "Hispano/Latino", responda a la pregunta sobre Raza por separado arriba y luego a "Hispano/Latino" aquí]:

- Hispano/Latino No Hispano/Latino

Formulario de Admisión de Manutención Familiar, página 2

Discapacidad Principal - Marque cuál de las siguientes "categorías de discapacidad principal" es la más relevante para la persona para la que se solicitan los servicios (como diagnóstico principal):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Discapacidad Neurológica |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico / Discapacidad Física |
| <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Lesión de Médula Espinal |
| <input type="checkbox"/> Deterioro de la Salud | <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo (Nacimiento - 8 años de edad) |
| <input type="checkbox"/> Daño Cerebral Traumático | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | <input type="checkbox"/> Trastornos Genéticos: (ej. Rett, Angelman, Trisomía 9, etc.)
Especifique _____ |

¿La discapacidad principal de la persona se produjo: Antes de los 22 años de edad A la edad de 22 años o después

NOTAS: Explique detalladamente cómo ayudarían a su familia los fondos de Manutención Familiar. Según el diagnóstico del solicitante, ¿qué necesidades no puede cubrir sin estas ayudas? ¿Cómo mejoraría la vida diaria del solicitante con esta ayuda? Utilice papel adicional si es necesario.

Al firmar y fechar este formulario de admisión, yo, la persona solicitante o su representante legal, indico que toda la información anterior es verdadera y exacta. Además, entiendo que proporcionar información inválida, inexacta o información incompleta podría considerarse fraude y dar lugar a una investigación penal y a la descalificación del programa, lo que impediría volver a presentar una solicitud en años posteriores.

Firma del Solicitante o del Representante Legal

Fecha

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

Si la persona que remite al solicitante no es la familia o el solicitante:

Nombre de la persona que remite a la Manutención Familiar: _____

Agencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____