**Illinois PUNS**

**Priorización de Urgencias para Necesidad de Servicios**

 **DATOS DE LA PERSONA**

**Fecha Efectiva (como se define en el manual de PUNS (ejemplo 9/09/2002): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**Nombre: Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_**

**Razón para PUNS o actualización de PUNS (Marque solamente una razón)**

**\_\_\_\_ Nuevo**

**\_\_\_\_ Cambio de Categoría (Emergencia, Planificación o Crítico)**

**\_\_\_\_ Cambio de necesidades de servicios (más o menos) – Categoría no ha cambiado (Emergencia,**

 **Planificación o Crítico,)**

**\_\_\_\_ Actualización Anual**

**\_\_\_\_ Otros, apoyo todavía necesario**

**\_\_\_\_ La persona ha sido atendida completamente o no solicita ningún apoyo en los próximos cinco (5)**

 **años**

**\_\_\_\_ La persona se mudó a otro estado, cerrar PUNS**

**\_\_\_\_ Persona se retira, cerrar PUNS**

**\_\_\_\_ Persona falleció, cerrar PUNS**

**\_\_\_\_ Otro, cerrar PUNS**

**\_\_\_\_ La persona se quedó en el Centro de Atención Intermedia Para Personas con Discapacidades del**

 **Desarrollo (ICF/DD)**

**\_\_\_\_ La persona se mudó al** **Centro de Atención Intermedia Para Personas con Discapacidades del**

 **Desarrollo** (**ICF/DD)**

**\_\_\_\_ Se determinó que la persona clínicamente no es elegible**

**\_\_\_\_ Se determinó que la persona económicamente no es elegible**

**\_\_\_\_ Número del Seguro Social es incorrecto**

**\_\_\_\_ No se puede localizar**

**\_\_\_\_ Se sometió erróneamente**

**Si aplica, persona principal que lo cuida, (no aplica, si la persona está en una colocación residencial)**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (ejemplo- 07/04/1959) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si hay una persona secundaria que lo cuida, indique fecha de nacimiento (ejemplo 07/14/1959) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si la persona asiste a la escuela o se graduó en los últimos 5 años, indique fecha de nacimiento (ejemplo 06/02/2001) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Tutor debe firmar. Si no se ha designado un tutor, la persona debe firmar. (Ambos pueden firmar).**

Al firmar este formulario, la persona / tutor confirma las siguientes declaraciones.

Al firmar este formulario y escribir sus iniciales en las tres siguientes casillas, el ISC reconoce que habló y explicó las siguientes declaraciones a la persona o el tutor.

|  |  |
| --- | --- |
| **ASUNTO** |  **INICIALES DE ISC** |
| Estar incluido en la lista de base de datos no significa que es elegible o garantiza que va recibir servicios.  |  |
| Esta lista de base de datos es una lista de espera para servicios basados en la comunidad solamente. Las personas interesadas en recibir servicios por parte del Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades del Desarrollo pueden y deben trabajar con su agencia de Coordinación Servicios Independientes para considerar los proveedores de los centros ICF/DD.  |  |
| En caso que el cambio es una actualización anual o es un cambio al expediente de PUNS y el formulario se completó por teléfono, correo, fax, o correo electrónico, la agencia de Coordinación Servicios Independientes tiene la obligación de ofrecer una reunión en persona. Las inscripciones iniciales en PUNS y actualizaciones para las personas en la categoría de emergencias, deben ser completadas por medio de una reunión en persona.  |  |

**Coordinador de Servicios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Por favor escriba en letra de molde)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma)**

**Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm. de Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Por favor escriba en letra de molde)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma) Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Por favor escriba en letra de molde)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma) Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Por favor escriba en letra de molde)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma) Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Toda la información en este formulario es confidencial.**

 **Si** **su información de contacto** **cambia, por favor avise inmediatamente a su agencia ISC.**

 **Sistema de Informes de la Comunidad DHS**

**INFORMACIÓN DE REGISTRO SOBRE EL CLIENTE**

 Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm. de FEIN de la Agencia: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 Personal que completa este formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Completado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_

 Personal que escribe los datos de este formulario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha completado:\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**\*\*\*\***  **INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL CLIENTE \*\*\*\***

 **ID del Cliente: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** Código de Satélite: \_\_\_\_

 Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre:\_\_\_ Apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sufijo:\_\_\_\_\_\_

 Apellido de Madre Soltera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Núm. de Seguro Social: \_\_ \_\_ \_\_- \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 Fecha de Nac.: \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Sexo: Masculino / Femenino

 Raza: \_\_\_ Blanco \_\_\_ Negro/Afro- Americano \_\_\_ Asiático

 \_\_\_ Indio Americano / Alaska \_\_\_ Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacifico \_\_\_ Desconoce

 ID del Beneficiario (RIN): \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ ID del Centro Administrado por el Estado: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 Idioma Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Origen Hispano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Área de Residencia - Condado: \_\_ \_\_ \_\_ Municipio/CA: \_\_ \_\_

 Sitio de Medicaid ID: \_\_ \_\_ \_\_ Caso de DHS ID: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 Dirección del Cliente- Calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_ \_\_ Código Postal: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_

 Nivel de Educación: \_\_\_ \_\_\_ Estatus de Empleo: \_\_\_ \_\_\_ Estado Civil: \_\_\_ \_\_\_

 Elegibilidad para SSI/SSDI: \_\_\_ \_\_\_ Registración de DFI/CFI: \_\_\_ Ciudadanía: \_\_\_

 Estatus en el Ejército: \_\_\_Tratamiento Corte / Forense: \_\_\_ \_\_\_Necesita Servicios de Intérprete: \_\_\_\_\_\_\_

 Datos Opcionales A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_B:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*\*\* INFORMACIÓN DEL TUTOR \*\*\*\***

#1 Tipo de Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ \_\_\_Código Postal: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_

 Fecha de la designación del Tutor: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

#2 Tipo de Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ \_\_\_ Código Postal\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ -\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 Fecha de la designación del Tutor: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_1

#  Sistema de Informes de la Comunidad DHS

**INFORMACIÓN sobre las DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO DEL CLIENTE**

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FEIN: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Personal que completa el formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha Completado: \_\_\_\_\_\_\_\_Hora: \_\_\_\_\_\_\_

**\*\*\*\* LA INFORMACIÓN DE REGISTRO \*\*\*\***

 **ID del CLIENTE: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

 Fecha de Registración: \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Personas en la Institución: \_\_ \_\_

 Acuerdo Residencial: \_\_ \_\_

 Área de Origen - Condado: \_\_ \_\_ \_\_ Municipio/CA: \_\_ \_\_ Código Postal: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ -\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

***\**\*\*\* INFORMACIÓN CLINICA \*\*\*\***

 Tipo de Diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diagnóstico Principal: \_\_\_\_

 A. Axis I #1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ B. Axis I #2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. Axis I #3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 D. Axis II #1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ E. Axis II #2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F. Axis II #3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Axis III #1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Axis III #2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Axis III #3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 La Edad de Inicio: \_\_\_ \_\_\_

 ICAP/SIB – Puntuación en Servicio: \_\_\_ \_\_\_ Puntuación en Conducta: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Tipo de Puntaje: \_\_\_

 Movilidad: \_\_\_

**\*\*\*\* INFORMACIÓN DE CIERRE \*\*\*\***

 Fecha de Cierre: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Personas en la Institución: \_\_\_ \_\_\_

 Disposición: \_\_ \_\_ Acuerdo Residencial: \_\_\_ \_\_\_

2

Personal que ingresa los datos del formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Completado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_

Para los siguientes elementos indique la razón de la necesidad, marque todo lo que aplica.

**Necesidad Urgente** (La Persona necesita apoyo inmediatamente en **el hogar o durante el día.**)

**\_\_\_\_**1. La persona necesita apoyo inmediatamente para poder quedarse en su casa o la casa de un familiar (a corto plazo - 90 días o menos) por ejemplo – la persona que cuida está hospitalizada o la persona que vive en su propio hogar está temporalmente enferma.

**\_\_\_\_**2. La persona necesita apoyo inmediatamente para quedarse en su casa o la casa de un familiar o para mantener su situación de empleo (a largo plazo) por ejemplo, la persona ya no puede vivir sola por razones de salud o comportamiento o significativamente a deteriorado la salud de la persona o el comportamiento y la familia necesita apoyos inmediatos.

**\_\_\_\_**3. La persona que cuida necesita apoyo inmediatamente para mantener al miembro de su familia en el hogar; (a corto plazo - 90 días o menos) ejemplo - el miembro de la familia está recuperándose de una enfermedad y necesita un aumento de apoyos a corto plazo.

**\_\_\_\_**4. La persona que cuida necesita apoyo inmediatamente para mantener su familiar en el hogar (a largo plazo); ejemplo - la persona que cuida está discapacitada permanentemente o tiene una enfermedad terminal y necesita aumento de apoyos para mantener al miembro de la familia en el hogar.

**Necesidad Urgente** (La persona necesita inmediatamente apoyos **fuera del hogar)**

**\_\_\_\_**1. La persona que cuida no puede o no está dispuesto a continuar proporcionando el cuidado (ejemplo - la persona ha sido abandonada).

**\_\_\_\_**2. La persona que cuida murió y no hay otros apoyos disponibles.

**\_\_\_\_**3. El tribunal ordenó a la persona o la persona está a riesgo de ser encarcelada.

**\_\_\_\_**4. La persona está viviendo en un ambiente donde existe la sospecha de abuso o negligencia.

**\_\_\_\_**5. La persona está colocada en un lugar muy caro o no apropiado y necesita inmediatamente un lugar nuevo para vivir. (por ejemplo, un hospital de cuidados graves, una colocación que tiene salud mental, o un refugio para personas sin hogar)

**\_\_\_\_**6. Otras crisis (Especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Necesidades Críticas (La persona necesita apoyo en un año)**

**\_\_\_\_**1. El individuo o la persona que cuida necesitarán apoyo el próximo año para que el individuo pueda continuar viviendo en el mismo lugar.

**\_\_\_\_**2. La persona que cuida tiene 60 años de edad o más y necesitará apoyos el próximo año.

**\_\_\_\_**3. La persona que cuida está enferma y será incapaz de continuar proporcionando el cuidado el próximo año.

**\_\_\_\_**4. La persona presenta conducta que justifica apoyo adicional para vivir en su propia casa o en la casa de un familiar.

**\_\_\_\_**5. Las necesidades de los cuidados personales de la persona no las pueden cumplir las personas que cuidan al individuo actualmente o la salud de la persona ha deteriorado.

**\_\_\_\_**6. Un familiar ha muerto o existe otra crisis familiar lo cual requiere apoyos adicionales.

**\_\_\_\_**7. La persona que cuida es incapaz de trabajar si no proporcionan los servicios.

**\_\_\_\_**8. El individuo o la persona que cuida necesitan un arreglo de vivienda alterna.

**\_\_\_\_**9. La persona se graduó o dejó la escuela en los últimos 10 años o se graduará en los próximos 3 años.

**\_\_\_\_**10.La persona está viviendo en un lugar inadecuado y espera una colocación adecuada. (Puede mantenerse en el lugar a corto plazo -ejemplo- la persona cumplirá la edad en la cual no puede continuar con los servicios residenciales para niños)

**\_\_\_\_**11. La persona se mudó de otro estado donde recibía apoyos durante el día y o en su hogar.

**\_\_\_\_**12. El estado va ayudar a la persona a mudarse el próximo año (de un Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades del Desarrollo administrado por el estado o una agencia privada, asilo o un hospital del estado).

**\_\_\_\_**13. La persona perderá el próximo año la elegibilidad para apoyos del Departamento de Servicios Para Niños y Familias.

**\_\_\_\_**14. La persona perderá el próximo año la elegibilidad para apoyos en los servicios de Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento.

**\_\_\_\_**15. La persona perderá el próximo año la elegibilidad para apoyos del Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades del Desarrollo.

**\_\_\_\_**16. La persona perderá el próximo año la elegibilidad para apoyos en la Exención para Niños Frágil Medicamente y Dependiente Tecnológicamente.

**\_\_\_\_**17. La persona vive en un sitio residencial fuera del hogar y está perdiendo los fondos del sistema de educación pública.

**\_\_\_\_**18. La persona perderá el próximo año la elegibilidad para las Subvenciones del Cuidado Individualizado por medio del sistema de salud mental.

**\_\_\_\_**19. La persona saldrá el próximo año de la cárcel, prisión, u otro lugar del sistema de justicia penal.

**\_\_\_\_**20. La persona quiere dejar el entorno actual el próximo año.

**\_\_\_\_**21. La persona por alguna razón necesitará servicios el próximo año.

 (Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 **Planificación Para la Necesidad**

 (La necesidad de la persona para servicios será después de un año pero menos de cinco años, o la persona que cuida es mayor de 60 años).

**\_\_\_\_**1. En este momento la persona no necesita servicios, pero si algo le sucede a la persona que cuida, necesitará servicios.

**\_\_\_\_**2. La persona vive en un entorno grande y la persona / familia ha expresado el deseo de mudarse (o el estado planea mudar a la persona).

**\_\_\_\_**3. La persona está disconforme con los servicios residenciales actuales y desea mudarse a un entorno residencial diferente.

**\_\_\_\_**4. La persona desea mudarse a un lugar geográficamente diferente en Illinois.

**\_\_\_\_**5. La persona actualmente vive fuera del hogar y desea vivir en su propia casa.

**\_\_\_\_**6. La persona actualmente vive fuera del hogar y desea regresar a la casa de sus padres y los padres están de acuerdo.

**\_\_\_\_**7. La persona recibe apoyos para actividades vocacionales u otras actividades estructuradas y quiere y necesita más apoyos para jubilarse.

**\_\_\_\_**8. El individuo o la persona que cuida necesita aumento en los apoyos.

**\_\_\_\_**9. La persona perderá la elegibilidad para apoyos del Departamento de Servicios para Niños y Familias dentro de uno a cinco años.

**\_\_\_\_**10. La persona perderá la elegibilidad para apoyos de Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento dentro de uno a cinco años.

**\_\_\_\_**11. La persona perderá la elegibilidad para apoyos de Exención para Niños Dependiente Tecnológicamente dentro de uno a cinco años.

**\_\_\_\_**12. La persona perderá la elegibilidad para apoyos de Subvenciones para Cuidado Individualizado dentro de uno a cinco años.

**\_\_\_\_**13. La persona vive en un sitio residencial fuera del hogar y perderá los fondos del sistema de educación pública en uno a cinco años.

**\_\_\_\_**14. Otro (Explique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Apoyos y Servicios Actuales**

Marque los apoyos que actualmente están utilizando e indique si los fondos para los apoyos

son de la División de Discapacitados del Desarrollo o son otro tipo de Apoyos (Otros Apoyos incluyen Educación, Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento, Genérico, etc.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apoyos Individuales** | **Fondos de DD**  | **Otros****Apoyos** |
| Apoyos de Relevo (24 horas) |  |  |
| Apoyos de Relevo (más de 24 horas)  |  |  |
| Apoyos para la Conducta (incluye intervención de la conducta, terapia y consejería)  |  |  |
| Terapia Física |  |  |
| Terapia Ocupacional |  |  |
| Terapia del Lenguaje |  |  |
| Educación |  |  |
| Aparatos de Tecnología para Ayudar a la persona |  |  |
| Servicios de Ama de Casa / Labores Domésticas |  |  |
| Adaptaciones al Hogar o Vehículo  |  |  |
| Apoyo Personal dirigido por el Programa de Apoyo en el Hogar, el cual podría ser financiado por Discapacidades del Desarrollo, División de Servicios de Rehabilitación, Departamento Para Personas de Edad Avanzada (puede incluir habilitación, cuidado personal, relevo, apoyos de jubilación, presupuesto, etc.) |  |  |
| Equipos Médicos / Suministros |  |  |
| Servicios de Enfermería en el Hogar, proporcionado en forma intermitente |  |  |
| Otros Apoyos Individuales |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Transportación** | **Fondos de DD** | **Otros****Apoyos** |
| Transportación (incluye viaje / reembolso de millas) |  |  |
| Otro Servicio de Transportación |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vocacional u Otras Actividades Estructuradas** | **Fondos de DD** | **Otros****Apoyos** |
| Servicios de Día para Personas de Edad Avanzada |  |  |
| Entrenamiento Del Desarrollo |  |  |
| “Empleo Normal” / Empleo con apoyos o protegido |  |  |
| **Vocacional u Otras Actividades Estructuradas (cont.)** | **Fondos de DD** | **Otros****Apoyos** |
| Empleo con Apoyos |  |  |
| Programas Vocacionales y Educativos financiados por la División de Servicios de Rehabilitación. |  |  |
| Otros Apoyos de día (ejemplo - trabajo voluntario, experiencia en la comunidad) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apoyos Residenciales** | **Fondos** **de DD** | **Otros****Apoyos** |
| Centros de Vivienda Con Ayuda Integral Comunitaria (CILA) / Familia |  |  |
|  Centros de Vivienda Con Ayuda Integral Comunitaria (CILA)/ Intermitente |  |  |
| Centros de Vivienda Con Ayuda Integral Comunitaria (CILA) / Familia Anfitriona |  |  |
|  Centros de Vivienda Con Ayuda Integral Comunitaria (CILA)/ 24 Horas |  |  |
| Centro de Cuidados Intermediarios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (ICF/DD) para 16 personas o menos.  |  |  |
| Centro de Cuidados Intermediarios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (ICF/DD) para 17 personas o más. |  |  |
| Centro de Enfermería Especializada / Pediatría (SNF/PED) |  |  |
| Centro de Desarrollo Administrado por el Estado (SODC) |  |  |
| Hospital de Salud Mental Administrado por el Estado(SOMHH)  |  |  |
| Arreglo de Vivienda con Apoyos |  |  |
| Centro de Vivienda Comunitaria |  |  |
| Cuidado de Albergue / Internado  |  |  |
| Asilo  |  |  |
| Centro de Vivienda con Asistencia |  |  |
| Servicios Residenciales para Niños |  |  |
| Instituciones para el Cuidado de Niños (incluyendo Escuelas Residenciales) |  |  |
| Hogar sustituto pagado por el estado (Foster home) |  |  |
| Otro tipo de Apoyo Residencial (incluyendo albergues para desamparados)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**Apoyos Necesarios**

Para los siguientes elementos, marque en la última columna si hay necesidad de

apoyos nuevos o adicionales. **Déjelo en blanco si el apoyo no es necesario.**

**Apoyos Individuales (Si esta sección aplica, marque todo lo que aplica)**

|  |  |
| --- | --- |
| Apoyos Individuales |  |
| Apoyo Personal (incluye habilitación, cuidado personal, servicios de relevo intermitente) |  |
| Apoyos de Relevo (más de 24 horas) |  |
| Apoyos para la conducta (incluye intervención para conducta, terapia y consejería) |  |
| Terapia Física |  |
| Terapia Ocupacional |  |
| Terapia del Lenguaje |  |
| Tecnología Asistencial |  |
| Adaptaciones al Hogar o Vehículo |  |
| Servicios de Enfermería en el Hogar, proporcionado en forma Intermitente |  |
| Otros Apoyos Individuales |  |

**Transportación (Si esta sección aplica, marque todo lo que aplica)**

|  |  |
| --- | --- |
| Transportación |  |
| Transportación (incluye viaje / reembolso de millas) |  |
| Otro Servicio de Transportación |  |

**Vocacional u otras Actividades Estructuradas**

**(Si esta sección aplica, marque todo lo que aplica**)

|  |  |
| --- | --- |
| Vocacional u otras Actividades Estructuradas |  |
| Apoyo para trabajar en casa (ejemplo – negocio propio o trabajo por cuenta propia) |  |
| Apoyo para trabajar en la comunidad |  |
| Apoyo para realizar trabajo / actividades en un entorno para personas con discapacidades |  |
| Asistir a Centro de Actividades para personas de edad avanzada |  |

**Apoyos Residenciales (Si esta sección aplica, marque todo lo que aplica)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apoyos Residenciales** |  |
| Servicios residenciales fuera del hogar con apoyos de menos de 24 horas |  |
| Servicios residenciales fuera del hogar con apoyos de 24 horas |  |