



## RESUMEN DE NECESIDADES CLÍNICAS

---

Vea boletines de información para instrucciones y adjuntos requeridos.

Este formulario se requiere y debe ser incluido con todas las peticiones iniciales para personal adicional.

Este formulario se requiere y debe ser incluido en cualquier petición de emergencia (PAL) para 1 o 2 personas de apoyo del personal de CILA con turnos de 24 horas.

Este formulario debe ser completado por Internet o mecanografiado. No se aceptarán formularios escritos a mano.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Individuo

\_\_\_\_\_  
Núm. Seguro Social del Individuo

\_\_\_\_\_  
Núm. de Beneficiario del Individuo

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Agencia que Solicita

\_\_\_\_\_  
FEIN de la Agencia

\_\_\_\_\_  
Identificación de la Agencia

1. Proporcione una breve explicación de las necesidades médicas, físicas y / o comportamiento del individuo que requiere apoyo profesional adicional de 1 o 2 personas del personal de CILA con turnos de 24-horas. Por favor incluya la frecuencia, duración, intensidad de las necesidades médicas, físicas y / o del comportamiento:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. Especifique en términos contables los deberes y responsabilidades que el personal adicional o el personal de 1 o 2 personas de CILA con turnos de 24-horas de cobertura, proporcionará.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Identifique en términos contables el horario diario cuando es necesario deberes y responsabilidades del personal adicional especificado arriba: (No aplica a 1 o 2 personas del personal de CILA con turnos de 24-horas.)