



PETICIÓN PARA PERSONAL ADICIONAL DE APOYO y 1 o 2 PERSONAS CILA

Este formulario se requiere para todas las peticiones de personal adicional.

Este formulario se requiere para cualquier petición de 1 o 2 personas de apoyo CILA con turnos de apoyo de 24 Horas.
Este formulario no aplica a HBS, hogares sustitutos (Foster Care) / familia anfitriona, ocasionales, o familia ocasional CILA.
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
Dirección del Individuo	Ciudad	Zona Postal
Nombre de la Agencia que Solicita	FEIN de la Agencia	Núm. Identificación de la Agencia

Fecha de Petición: _____

SECCIÓN I - Petición de Personal Adicional de Apoyo

Petición de personal de apoyo adicional para: (Marque los encasillados que aplican)

NOTA: Si es 60D y 31U son de diferentes agencias proveedoras, debe completar formularios de petición separados.

- 60D CILA Residencial
 31U Entrenamiento del Desarrollo

Región / Sello de Fecha BTS

Esta petición de personal adicional de apoyo es para: (Marque los encasillados que aplican)

Petición Inicial - Personal adicional de apoyo (Vea A a continuación)

Si el personal de apoyo se inició después de horario normales de oficina especifique:
Fecha _____ y Horario _____ am pm

Petición Para Largo Plazo - Petición de personal adicional de apoyo (Vea B abajo)

Petición de Renovación -Petición de personal adicional de Apoyo a LargoPlazo (Vea B abajo)

Fecha que termina la petición de personal adicional de apoyo para largo plazo: _____

SECCIÓN II - Una o Dos Personas CILA con Turnos del Personal de Apoyo de 24 Horas

Petición Para Una (1) o Dos (2) Personas CILA con Turnos de 24 Horas del Personal de Apoyo : (Marque sólo la casilla que aplica)

- Emergencia** - Carta de Preadjudicación para 1 o 2 Personas CILA con Turnos de Apoyo las 24 Horas (Vea C a continuación).
 Petición de Solicitud para 1 o 2 Personas 60D CILA con Turnos de Apoyo las 24 Horas (Vea C a continuación).
 Si aplica: Una Carta de Preadjudicación para 1 o 2 Personas CILA fue concesión. Fecha de PAL: _____
 Petición de Renovación para 1 o 2 Personas 60D CILA con personal de turno las 24 horas (Vea C a continuación).

Fecha que termina 1 o 2 Personas CILA: _____

- A. Vea Boletín de Información: Personal adicional de apoyo al inicio DD.14.036 para instrucciones y adjuntos requeridos.
B. Vea Boletín de Información: Personal adicional de apoyo a largo plazo DD.14.037 para instrucciones y adjuntos requeridos.
C. Vea Boletín de Información: Petición para Una o Dos personas CILA, aprobación y renovación DD.14.038 para instrucciones y adjuntos requeridos.

Nombre Impreso del Director Ejecutivo / Designado que Solicita	Nombre Impreso de la Agencia PAS / ISC / ISSA Que Recibe
Firma del Director Ejecutivo / Designado Que Solicita	Firma de la Agencia PAS / ISC / ISSA Que Recibe
Correo Electrónico del Director Ejecutivo / Designado Que Solicita	Correo Electrónico de la Agencia PAS / ISC / ISSA Que Recibe
Fecha Que Envío a la Agencia PAS / ISC/ISSA Que Recibe	Fecha Que Envío a la Región / BTS Que Recibe
Nombre Impreso de Agencia PAS / ISC/ISSA Que Recibe	Nombre Impreso del Personal de la Región / BTS que Recibe



PETICIÓN PARA PERSONAL ADICIONAL DE APOYO y 1 o 2 PERSONAS CILA

Nombre del Individuo _____

Fecha de la Petición _____

----- **SÓLO PARA USO DE LA DIVISIÓN DD DESDE ESTE PUNTO** -----

Region / BTS Staff Action: Print Name of Receiving Region/BTS Staff: _____

- Incomplete - Additional staff request is returned to ISC agency on date: _____ .
 - Follow-up information was received by Region/BTS staff on date: _____ .
- Approved Initial request for 60D CILA for 750 hours of 53R. Effective: _____ .
- Approved Initial request for 31U DT for 230 hours of 53D. Effective: _____ .
- Denied - Additional staff request is returned to ISC agency on date: _____ .
- Long-Term additional staff request forwarded to:
- One or Two Person CILA with 24 Hour Shift Staff Support Request forwarded to:
 - Clinical Services for Programmatic Review. Date: _____ Clinical OK: _____ .
 - BCR for Calculation of Additional Staff Supports: Date: _____ BCR OK: _____ .
 - Scheduled for Review by Committee on: Date: _____ .

Clinical Review Team Action: Review Committee met on _____ (Date) and Decided to:

- Approve long-term additional staff request. Effective: _____ .
- Recommend Director's approval for a 1 or 2 Person CILA.
- Follow-Up is required: Region/BTS Staff to contact ISC agency for follow-up.
 - Follow-up information was received by Region/BTS staff on: _____ .
- Deny Long-term additional staff request

Region/BTS Initials

Clinical Initials

BCR Initials

**TRACK-IT
NUMBER**

Director or Director's Designee Action:

- Approved emergency PAL request for 1 or 2 person CILA. Effective: _____ .
- Approved application request for 1 or 2 person CILA. Effective: _____ .
- Incomplete - request for 1 or 2 person CILA. Region/BTS staff to contact ISC for follow-up.
- Denied - request for 1 or 2 person CILA.

Signature of DDD Director or Designee:

Date:

BCR DATE STAMP

Final Disposition:

- Award letter was issued on: _____ by: _____ .
- Letter of denial was issued on: _____ by: _____ .
- BCR entered / completed authorization on the above approval. Date: _____ BCR Staff Initials: _____