



Estado de Illinois

Departamento de Servicios Humanos - Division de Discapacidades del Desarrollo

SOLICITUD FOR EL ID DEL SITIO RESIDENCIAL O CAMBIAR AL FORMULARIO DE FACTORES DETERMINANTES DE LA TARIFA DEL SITIO RESIDENCIAL

Este formulario se utiliza para solicitar una identificacion del sitio o la informacion que determina la tasa de actualizacion para un Arreglo de Vivienda Integrado Comunitario (CILA) o una ubicacion residencial de Compra de Servicios (POS). TODOS los sitios de CILA y POS DEBEN tener asignada un ID de sitio DDD antes de enviar una solicitud de financiamiento de CILA o POS.

1. Informacion de la Agencia: (Complete Todos los Elementos)

Nombre de Agencia: _____

ID de Agencia: _____
(Cuatro Digitos)

FEIN de Agencia: _____
(Nueve Digitos)

Nombre de la persona de contacto de la agencia: _____

Correo electronico de la persona de contacto: _____

Numero de telefono de la persona de contacto: _____ Extension: _____

Es este un sitio NUEVO para su agencia? (marque uno) Si No

Marque "Si" por si el Sitio NO tiene un Sitio ID asignado. (Diferente al Sitio ID de BALC)

Fecha de vigencia para la direccion de este sitio: _____ (MM/DD/CCYY)

Esta la informacion actualizada para el Sitio? (marque uno) Si No

Marque "Si" por si el Sitio tiene un Sitio ID y ingrese el Sitio ID (Diferente al Sitio ID de BALC).).

Fecha de vigencia para la informacion actualizada: _____ (MM/DD/CCYY)

Este sitio ya NO es utilizado por su agencia? (marque uno) Si No

Marque "Si" por si el Sitio tiene un Sitio ID y ingrese el Sitio ID (Diferente al Sitio ID de BALC).

Fecha de cierre o que ya no se utiliza: _____ (MM/DD/CCYY)

Se han enviado formularios de respuesta o Terminaciones STAR para TODAS las personas que vivian en el Sitio? Si No
(marque uno)

NOTA: El sitio residencial no puede cerrarse a menos que NO se identifique a ninguna persona como atendida en el sitio.

2. Informacion de la direccion del Sitio CILA o POS:

(Complete Todos los Elementos para un Nuevo Sitio O Solo Ingrese Informacion Actualizada para el Sitio Existente)

Direccion: _____

Apartamento or Unidad: _____

Cuidad: _____ Estado: _____

Codigo Posta: _____ Extension del Codigo Postal: _____

Direccion del Condado de Illinois: _____ (Lista de Opciones: 102 Condados de Illinois mas Fuera del Estado)

Region DD: _____ (Lista de Opciones: Central, Chicago, Norte Central, Suburbana Norte, Suburbana Sur, Noroeste y del Sur)



SOLICITUD FOR EL ID DEL SITIO RESIDENCIAL O CAMBIAR AL FORMULARIO DE FACTORES DETERMINANTES DE LA TARIFA DEL SITIO RESIDENCIAL

Region Geografica ISC: (marque uno) A B C D E F G
 H I J K L Fuera del estado

Esta direccion es una ubicacion de CILA? (marque uno) Si No

Si CILA: (elija uno) 24 Hr. Personal Familia anfitriona Intermitente por Hora

Si CILA: El Sitio esta aprobado por BALC? (marque uno) Si No Si si, BALC ID: _____

Si CILA: ¿Se permite dormir al personal del turno de noche? (marque uno) Sí dormido No despierto

Nota: Todos Sitios de CILA DEBEN estar en la base de datos de BALC. Esto incluye TODAS las ubicaciones de familia/propia casa, sitios controlados Individualmente y sitios controlados por Agencia.

¿Es esta dirección una ubicación residencial POS? (marque uno) Si No

Si POS: (elija uno) 17D-CGH 19D-CCI 41D-SHP 67D-CLF<17 (Exencion)
 67E-CLF>16 (No Exencion) 67O-CLF (Fuera del Estado)

Sitio es controlado por: (marque uno) Agencia Individual

Agencia de Listados de Sitios (elija uno): IDHS- Oficina de Acreditacion, Licencia y Certificacion de BALC

IDCFS Illinois Departamento de Servicios Ninos y Familias IDPH Illinois Departamento de Salud Publica

IDA Illinois Departamento de Envejecimiento Fuera del Estado o No Aplica

Si Programa Diurno (Elija uno) 31C/31U CDS 33G/36G SEP Grupo 36U SEP Individual
 35U Adult Day Services 34U SODC SEP Individual 32G/34G SODC SEP Grupo

NOTA: Consulte las instrucciones IL462-5205S para conocer todos los códigos de factura adicionales asignados automáticamente a cada programa diurno, si corresponde.

Capacidad Autorizada: _____ Capacidad de trabajo de la agencia: _____
(CILA no puede exceder 8) (Debe ser igual o menos que la capacidad autorizada)

El personal del turno de noche tiene permiso para dormir? (marque uno) Si-Dormido No-Despierto

Envie el formulario complete por correo a: DHS-DDD, Bureau of Community Reimbursement, 600 E Ash Street, Building 400, Mail Stop 2S, Springfield, IL, 62703; O Por FAX al: 217.557.7251; O por correo electronico a: Maria.Prewitt@Illinois.Gov (CILA) o Nikki.Carnes2@Illinois.Gov (POS)

3. Solo para uso de DHS-DDD:

Sitio Validado a traves de IDOT (marque uno) Si No

BALC Sitio ID: _____ PRCs Sitio ID Asignado: _____

Nivel de Tarifa: 1-Todo el Estado 2-Chicago 3-Cook (Opt. IN) 4-Cook (Opt. OUT)

Tasa de POS: _____ Tasa de reclamaciones de POS: _____

Ingresado en PRCs Por (Nombre en letra de imprenta y firma)

Fecha