



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 (o nombre de SODC)	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 CILA es CDS son de diferentes agencias proveedoras, debe completar formularios de petición separados.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 60D 24 horas CILA Residencial | <input type="checkbox"/> 61H Hora I-CILA - 53R |
| <input type="checkbox"/> 53R 31C/U Comunidad CDS - 53D | <input type="checkbox"/> 38C/U SODC CDS (SOLO a largo plazo) - 53S |

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 _____ Solicitud de nombre de la agencia _____ Fecha de la Petición _____

-----DD DIVISION USE ONLY BELOW THIS POINT-----

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

TRACK-IT NUMBER: _____

- Denied - Additional Staff Request is returned to ISC Agency or BTS Representative.
- Incomplete - Additional Staff Request is returned to the ISC Agency or BTS Representative.
- Follow-up information was received by Region/BTS staff on date: _____ .

Approved by for the following for Additional Staff Supports:

- Region Staff
- BTS Staff
- Clinical Staff

Approved for the following Additional Staff Supports:

- Initial 53R (60D 24 Hr. CILA) for 750 hours.
- Initial 53R (61H Hourly I-CILA) for 90 hours.
- Initial 53D (Community CDS 31C/U) for 230 hours.
- Initial 53S (SODC CDS 38C/U) for 230 hours
- Long-Term 53R in 60D 24 Hr. CILA. Hours determined by MATRIX.
- Long-Term 53D in Community CDS 31C/U. Hours determined by classroom analysis
- Long-Term 53S in SODC CDS 38C/U. Hours determined by classroom analysis

NOTE: ALL Additional Staff Support awards will be authorized the 1st of the month following receipt by BRPS staff.

Approving Region/BTS/Clinical Staff Signature Date

NOTE: In lieu of Signature attach Email approving authorization.

1 or 2 Person CILA Requests - DDD Director or Director's Designee Action:

- Approve emergency PAL request for 1 or 2 person CILA
- Approve 1 or 2 person CILA effective receipt of a COMPLETE CILA Funding Request
- Incomplete - Return to Region/BTS staff to contact ISC Agency or SODC.
- Denied - Request for 1 or 2 person CILA

Signature of DDD Director or Director's Designee Date

NOTE: In lieu of Signature attach Email approving authorization.

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: _____