

Forma para Petición de Asignación
Programa Servicios De Apoyo Para La Familia



MUY IMPORTANTE

Por favor de llenar TODA la información abajo, si cualquier parte de la información que se requiere no se completa, la forma se regresara para que se completa

Fecha: _____
Nombre de la persona recibiendo servicios: _____ Numero de Teléfono: _____
Dirección de la persona recibiendo servicios: _____ Ciudad y Código Postal: _____
de SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Desabilidad: _____
Guardián de la persona recibiendo servios: _____
Tipo de Aseguranza (**Por favor de circular todo lo que aplique**): Privado/Medicaid/CHP+/HCP/Ninguno/Otro: _____
Sometido Por: _____ Numero De Teléfono: _____
Email: _____

Por favor de indicar el nivel de necesidad que fue determinado:
 Mas Alto Mas Mediano Mas Bajo Moderado Mínimo

Si marcas mínimo o moderado, solamente hay fondos de emergencia disponible. Por favor de identificar abajo las circunstancias que justifican la emergencia.

Tipo y Cantidad de dólares que se peticionan

Por favor marque todo los servicios por cual aplican y identifican cada servicio

- Servicios Profesionales:** _____ **Cantidad Peticionada** _____
Ejemplos: Terapias del Habla o Lenguaje, Ocupacional, Fisica
- Medical/Dental:** _____ **Cantidad Peticionada** _____
Ejemplos: Co pagos, medicamentos, lentes-debe ser relacionada a la disailidad
- Transportación:** _____ **Cantidad Peticionada** _____
Ejemplos: Millaje (para y de citas relacionada a la discapacidad)
- Otros Servicios:** _____ **Cantidad Peticionada** _____
Ejemplos: Dieta especializada, Pañales, Ropa especial
- Tecnología Assistivas:** _____ **Cantidad Peticionada** _____
Ejemplos: Audifonos, Aparatos de comunicación
- Modificación de Hogar** _____ **Cantidad Peticionada** _____
Ejemplos: Enampliar la puerta, Rampa para silla de ruedas, Aparatos de seguridad
- Apoyo para Padres/Hermanos** _____ **Cantidad Peticionada** _____
Ejemplos: Servicios de Consejero, , Recreación, Respiro para hermanos
- *Respiro (Fijar Abajo)** _____ **Cantidad Peticionada** _____

*Si esta pidiendo respiro, tiene que llenar la información de abajo, si esto no se completa su petición no será procesada. Por favor de indicar como el respiro esta relacionado a la discapacidad de su niño. Marque todo lo que aplique.

- Mi niño tiene arriba de 13 años y se requiere supervisión por necesidades de salud y seguridad.
- Por la discapacidad de mi niño, yo le tengo que pagar al proveedor de respiro mas allá de lo que se pagaría si no tuviera mi niño una discapacidad. Por favor pida solamente el gasto adicional.
- Por el nivel de las necesidades de mi niño relacionado a su discapacidad. Yo necesito agarrar un descanso ocasional o rutine. Por favor también de indicar, relacionado a la discapacidad de su niño, que causa la necesidad de un decanzo (por ejemplo, golpear, acciones de destruir propiedad línea de vista o por supervisión.)
- Otro _____

Por favor de indicar otros recursos que se buscaron (si es que aplica) para las peticiones que se pidieron arriba (por ejemplo, aseguranza privada)

POR FAVOR SUBMITIR FORMA A JENNIFER REMMERS DIRECCION PO BOX 200069/1050 37TH ST. EVANS, CO. 80620