



RESPIRO-Formulario de Solicitud

Favor enviar a: Clearbrook Respite Coordinator: Michelle Bosco
1835 W Central Rd, Arlington Heights, Illinois, 60005
(847) 385-5335 email - mbosco@clearbrook.org

Residencial (24HR) En Casa Vale Grupo (día)

INFORMACION PERSONAL DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Condado: _____

Marque uno:

Vivo con mis padres Vivo en otra facilidad en la comunidad

Otro (Describa) _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

El solicitante es: Hombre Mujer No. Seguro Social.: _____

Idioma principal: _____ Idioma secundario: _____

Nombre de la madre/tutor: _____ Email: _____ Celular: _____

Dirección (solo si es diferente): _____

Nombre del padre/tutor: _____ Email: _____ Celular: _____

Dirección (solo si es diferente): _____

Contacto de emergencia adicional: _____ Relacion con el cliente: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Dirección: _____

Es el solicitante su propio tutor?

Si No (favor indique abajo)

Nombre(s) de los tutores: _____

Tipo de tutela: _____

Recibe el solicitante fondos del Departamento de Servicios Humanos de Illinois?

Si (favor indique abajo) No

Marque una: 24 hour CILA Family CILA DRS Home Based Services No estoy seguro

El solicitante tiene un coordinador de casos (case manager)?

Si (favor indique abajo) No

Nombre: _____ Agencia: _____

Email: _____ Teléfono: _____

RIN de la tarjeta de Medicaid (si aplica favor incluir copia de la tarjeta) _____

Favor llenar SOLO para Respiro de Vale

Información bancaria de la familia

- Nombre del banco _____
- Cheque nulo o carta del banco _____ (favor incluir con la solicitud)
- Número de routing _____
- Número de cuenta bancaria _____

Cuenta corriente Cuenta de ahorros

CONDICIONES / NECESIDADES MEDICAS:

Cuál es el diagnostico principal del solicitante? _____

Tiene algún diagnostico secundario? _____

Ambulación: Camina Silla de ruedas Andadera

Alergias (especificas): _____

Intolerancias: _____

Liste instrucciones médicas específicas: _____

MEDICAMENTO:

	Dosis	Hora

Doctor primario: _____

Teléfono: _____

SERVICIOS DE RESPIRO DE EMERGENCIA (use páginas adicionales si es necesario)

Porque necesita servicios de respiro de emergencia?
De qué manera será de beneficio este servicio para los padres/cuidadores? Que estarán haciendo durante este tiempo?
Los padres/cuidadores normalmente reciben servicios por medio de otro programa? Si es así, que programa?
En su opinión, estaría el solicitante “en riesgo” si los padres/cuidadores no reciben estos servicios? Si es así favor describa como (ej. Estaría solo en casa, riesgo de institucionalización)
Sin el servicio de respiro de emergencia, que opciones de servicios tendría? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Facilidad de largo plazo <input type="checkbox"/> Utilizar cuidador alternativo (cuando es posible) <input type="checkbox"/> Otro:

Firmando esta solicitud, certifico que he leído y entiendo los Requisitos e Instrucciones del Programa de Respiro. Por este medio afirmo que toda la información proporcionada en esta solicitud es precisa y verdadera. Doy mi consentimiento para que la Coordinadora de Respiro de Clearbrook verifique si mi familia recibe asistencia de alguna otra agencia o proveedor, pagado o no.

Reconozco que cualquier intento de proporcionar documentación falsa o inexacta puede llegar a descalificarme a recibir fondos provenientes de Clearbrook, ahora y en un futuro.

Firma de la persona que llena la solicitud _____ Fecha: _____

Relacion con el solicitante: _____

Firma del individuo/tutor _____ Fecha: _____

Para uso interno únicamente

EMERGENCY RESPITE CARE APPLICATION

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY RESPITE SERVICES:

<u>PARA USO INTERNO DE CLEARBROOK UNICAMENTE</u>	
Program and hours approved:	
Discussion notes to determine need:	Action taken: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Date if action:
Clearbrook respite coordinator authorizing signature:	Date: