



# CLEARBROOK

Enrich Lives. Embrace Potential.

**RESPIRO**-Aplicacion de Solicitud

Porfavor de enviar a: Clearbrook Respite Director: Michelle Bosco  
1835 W Central Rd, Arlington Heights. Illinois, 60005  
(847) 385-5335 email - [mbosco@clearbrook.org](mailto:mbosco@clearbrook.org)

**En Casa**

**Vale**

**Grupo (día)**

**INFORMACION PERSONAL DEL SOLICITANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: (Ciudad, Estado, Codigo Postal) \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

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

Raza de cliente: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Idioma secundario: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/guardian: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección (solo si es diferente): \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardian: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección (solo si es diferente): \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia adicional: \_\_\_\_\_ Relacion con el cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: (Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Es el solicitante su propio guardian?

Si                      No (porfavor indique abajo)

Nombre(s) de los guardianes: \_\_\_\_\_

Tipo de guardiancia: \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente alguno de los siguientes servicios? Marque todo lo que corresponda.

DHS 24 horas CILA

Familia DHS CILA

Servicios Basados en el Hogar del DHS

Servicios de Entrenamiento para el Desarrollo del DHS (solo DT)

División de Servicios de Rehabilitación (DRS) - Salud en el Hogar

División de Servicios de Rehabilitación (DRS) - Servicios Vocacionales

Vale de Respiro financiado con Fondos de Subvención de otra agencia

Fondos de Subvención financiada en casa (87D) de Respiro de otra agencia

Vales de Respiro por la Junta de Salud del Condado de McHenry Fondos de Respiro de otra agencia

Servicios de Cuidado Terapéutico del DCFS

Servicios de Exención de la División de Atención Especializada para Niños (DSCC) de HFS

Servicios sin Exención de la División de Atención Especializada para Niños (DSCC) de HFS

No estoy seguro

Ninguno

El solicitante tiene un coordinador de casos (supervisor de caso)?

Si (porfavor indique abajo)                      No

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

RIN de Medicaid (si aplica porfavor incluir copia de la tarjeta) \_\_\_\_\_

¿Está en la lista de priorización por urgencia de necesidad de servicios (PUNS)?

Si    No

**Favor llenar SOLO para Respiro de Vale**

**Información de banco de la familia**

- Nombre del banco \_\_\_\_\_
- Cheque nulo o carta del banco \_\_\_\_\_(porfavor incluir con la solicitud)
- Número de ruta \_\_\_\_\_
- Número de cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Cuenta corriente                      Cuenta de ahorros

**CONDICIONES / NECESIDADES MÉDICAS:**

Cuál es el diagnostico principal del solicitante? \_\_\_\_\_

Tiene algún diagnostico secundario? \_\_\_\_\_

Ambulación:                      Camina                      Silla de ruedas                      Andadera

Alergias (especificas): \_\_\_\_\_

Intolerancias: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO:**

	Dosis	Hora


**SERVICIOS DE CUIDO DE RESPIRO** (use páginas adicionales si es necesario)

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

Firmando esta solicitud, certifico que he leído y entiendo los Requisitos y 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 dar 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/guardian \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para Uso Interno Unicamente**

**SOLICITUD DEL CUIDADOR DE RESPIRO**

**AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DE RESPIRO:**

<u>PARA USO INTERNO DE CLEARBROOK UNICAMENTE</u>	
Programa y horas aprobados:	
Notas de discusión para determinar la necesidad:	Accion tomada:  <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Fecha de la acción:
Coordinadora de Respiro de Clearbrook que autoriza la firma:	Fecha:



## Revelar Información

Yo autorizo revelar información médica, económica, personal y de otros programas a la agencia

\_\_\_\_\_, agente fiscal / empleador y el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS). Esta información puede ser revelada con el propósito de determinar mi elegibilidad para programas, planear mis servicios, apoyos y monitorear la entrega de servicios. La información también puede ser usada para auditorias de agencias que proveen mis servicios y la revisión de los programas. La información puede ser revelada solamente si es necesaria para lograr estos propósitos.

**Este documento para revelar información es válido hasta \_\_\_\_\_ (Fecha que Caduca).  
(Debe ser completado)**

Las agencias autorizadas a recibir esta información son:

- \* Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos;
- \* Administración del Seguro Social de los Estados Unidos;
- \* Departamentos de Servicios Humanos, Cuidado de Salud y Servicios Para Familias y Salud Pública de Illinois;
- \* Otras agencias del estado de Illinois que administran el programa de exención para Servicios Basados en el Hogar y Comunidad de Medicaid;
- \* Junta de Educación del Estado de Illinois; y
- \* Agencias locales bajo contrato con DHS que prestan y coordinan servicios, servicios de agentes de empleo u otros apoyos y servicios que participan en mi plan de servicios individuales.

Yo entiendo que tengo el derecho de ver y copiar la información que se revela sobre mí. También, entiendo que tengo el derecho a rehusar revelar información pero que DHS aún puede revelar la información de acuerdo con la Ley de Confidencialidad y la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Nombre del Individuo (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Individuo o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Firma de Testigos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN - La información recibida sobre el individuo debe ser manejada de acuerdo con los requisitos de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo (740 ILCS 110) y la ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

(antes DMHDD - 1214)

IL462-1214S (R-12-13) Release of Information