

# Disabilities Network of Eastern CT – Solicitud de Servicios

## Información del Solicitante

Nombre:	Teléfono de Casa:	Notas:
Dirección:		
Ciudad:	Teléfono del Trabajo:	Notas:
Estado:		
Código Postal:	Teléfono de Celular:	Notas:
Correo Electrónico:		
Nivel de Ingreso:	Nombre del Personal y Fecha:	
Tipo de Seguro: (elija uno) Privado Medicaid Medicare Otro (describa)		

**Categoría de Discapacidad:**

- |                 |                          |             |
|-----------------|--------------------------|-------------|
| 1) Cognitivo    | 4) Visual                | 7) Declinar |
| 2) Salud Mental | 5) Sordo                 |             |
| 3) Física       | 6) Discapacidad Múltiple |             |

- Usted tiene un ...

- deterioro físico o mental que limite sustancialmente su capacidad de funcionar independientemente en su familia, comunidad o empleo, y
- ¿cree que los servicios de vida independiente mejorarán su capacidad de funcionar independientemente en su familia, comunidad o empleo? \*  
 Sí  No  No estoy seguro

-Si has elegido "sí" o "no estás seguro", ¿cómo afecta tu discapacidad tu capacidad de ser independiente?  
**Necesito apoyo adicional.**

-El centro puede proveerle servicios con o sin un plan de vida independiente (ILP). ¿ha explicado el personal del centro lo que es un ILP, te ha proveído con una muestra de ILP y se ofreció para ayudarle a desarrollar un ILP?  
 Sí  No

-¿Quieres desarrollar un ILP? Contestando "No" significa que, en este momento, has decidido que un ILP no es necesario y que usted ha renunciado voluntariamente al desarrollo de un ILP.  
 Sí  No

## Servicios Solicitados

**Servicios de apoyo de DNEC para obtener un objetivo para el ILP.**

Para el personal de la ILC: he determinado que este solicitante **elegible/no elegible** (círculo uno) para los servicios de IL

Firma del Personal

Fecha

\*De las enmiendas de la ley de rehabilitación de 1992

## Al Solicitante:

Las siguientes preguntas de esta forma son opcionales. Si usted decide responder a estas preguntas, la información recolectada seguirá siendo confidencial y será revisada por el centro para asegurar que estamos cumpliendo con nuestro mandato de servir a personas con todo tipo de discapacidades, de todas las edades y de todos los grupos étnicos/raciales.

Discapacidad Específica		
Primaria:		Secundaria:
1) Amputación	8) VIH/SIDA	15) Respiratorio/Corazón
2) Parálisis Cerebral	9) Discapacidad de Aprendizaje	16) Lesión de Médula Espinal
3) Dependencia Química	10) Salud Mental	17) Accidente Cerebrovascular
4) Diabetes	11) Retraso Mental	18) Traumatismo Craneoencefálico
5) Enfermedades Ambientales	12) Esclerosis Múltiple	19) Visual
6) Epilepsia	13) Distrofia Muscular	20) Otro
7) Sordo	14) Polio/ Siguiendo a Polio	21) Declinar

Especifique otro:

Cumpleaños:		Edad:		Género:	
-------------	--	-------	--	---------	--

Etnicidad/Raza:	
-----------------	--

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1) Afro-Americano                      | 5) Latino             |
| 2) Indio Americano/Alaska              | 6) Asiático           |
| 3) Hawaiano Nativo/Isleño del Pacífico | 7) Multicultural/Otro |
| 4) Caucásico                           | 8) Declinar           |

Situación de Vivienda:	
------------------------	--

- |   |                  |
|---|------------------|
| 1) Institución                                    | 4) Independiente |
| 2) Viviendo con y dependiente de familia o amigos | 5) Otro          |
| 3) Vivienda Asistida                              | 6) Declinar      |

Estado Veterano:	
------------------	--

¿El solicitante es un veterano?

Sí  No

¿La discapacidad está relacionada al servicio?

Sí  No

Origen de Referencia:	
-----------------------	--

- |            |            |        |                     |              |              |
|------------|------------|--------|---------------------|--------------|--------------|
| 1) Agencia | 4) Negocio | 7) DMH | 10) Empleador       | 13) ICF/ SNF | 16) Yo       |
| 2) BESB    | 5) CAP     | 8) DDS | 11) Familia/Amigo   | 14) P&A      | 17) Otro     |
| 3) BRS     | 6) CDHI    | 9) DSS | 12) Hospital/Médico | 15) Escuela  | 18) Declinar |

Si escogiste los números 1, 4, 10, 12, 13, 15, y 17, especifica:

Número del Seguro Social:		Título 19:	
---------------------------	--	------------	--

Los programas del centro han sido explicados. He sido informado de mis derechos y responsabilidades como participante de los programas del centro y he recibido información sobre el proyecto de asistencia al cliente (CAP). Me han informado que, participando en este programa, mi registro de participante puede ser ingresado en nuestra base de datos electrónica, así como puesto a disposición de la oficina de servicios de rehabilitación (ARS) para su auditoria financiera y programática del centro de Programas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre y/o Guardián