



Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuido de Salud *

Lista de Necesidades



Completar este formulario si el niño o joven tiene una necesidad médica, conductista o física diagnosticada, la cual requiere más ayuda y apoyo que sus compañeros.

Nombre de Niño/a _____ Nombre Padre/Madre _____ Seguro Social de niño _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Respiro es el cuidado dentro o fuera del hogar con el propósito de dar alivio a la familia/cuidador de las responsabilidades medicas diarias del niño/a o joven con necesidades especiales.

Contacte su coordinador de cuidado para más información sobre respiro pide el manual *Get Creative About Respite* o visite al WWW.FAVOR-CT.ORG

Cuidadores disponibles para satisfacer necesidades	Las fuentes de apoyos comunitarios durante los últimos 12 meses	Las fuentes de apoyos comunitarios durante los últimos 12 meses
<u>Sección 1</u>	<u>Sección 4</u> (Marcar todo que aplica)	<u>Sección 4 continúe</u> (Marcar todo que aplica)
<input type="checkbox"/> Niño o joven con necesidades especiales tiene más de un diagnóstico médico, físico o conductivo. y/o <input type="checkbox"/> Más de un miembro de la familia viviendo en casa necesita más cuidado o apoyo.	<input type="checkbox"/> La familia recibe apoyos del Departamento de Niños y Familias. <input type="checkbox"/> La familia recibe apoyo o servicios del Departamento de servicios de desarrollo. <input type="checkbox"/> El niño o joven recibe Servicios Voluntarios de DCF o DDS. <input type="checkbox"/> El niño ha recibido servicio de Birth to Three. <input type="checkbox"/> El niño recibe servicios de respiro en un centro de DDS. <input type="checkbox"/> La familia recibió una adopción subsidiada. <input type="checkbox"/> El niño o joven está en renuncia Katie Beckett o Cualquier otra renuncia. <input type="checkbox"/> El niño está matriculado en Tricare y opción y Prolongada de salud de cuidado (ECHO).	<input type="checkbox"/> El niño o joven recibe servicios de ayudantes de salud en su hogar o enfermería en una base Semanal. <input type="checkbox"/> El niño recibe servicios amplios de escuela o un grupo comunitario. <input type="checkbox"/> La familia recibió fondos de campamento de _____ <input type="checkbox"/> La familia recibió fondos de respiro de _____ <input type="checkbox"/> El niño/a recibe apoyo de alguna organización comunitaria, SSI o algún otro apoyo.
<u>Sección 2</u>		
<input type="checkbox"/> El cuidador primario está bien de salud. o <input type="checkbox"/> El cuidador primario esta pobre de salud física o emocional.		
<u>Sección 3</u>		
<input type="checkbox"/> El número de adultos disponibles para el cuidado del niño o joven con necesidades especiales. y <input type="checkbox"/> Número total de individuos viviendo en el hogar. y _____ Ingresos brutos totales del hogar.		Indique cualquier otra información que desee Compartir. _____ _____ _____

* Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud es un programa mantenido por el Departamento de Salud Pública del Estado de Connecticut. Hay información disponible en su sitio web al www.ct.gov/dph/medicalhome