



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

Lista de Necesidades



Completar este formulario si el niño o joven **tiene 14 años o menos** y es **diagnosticado** con una necesidad médica, conductista o física, 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 médicas diarias del niño/a o joven con necesidades especiales.

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

* 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