



Oficina Administrativa
P.O. Box 2487, Albemarle, NC 28002

Oficina de Wilmington
P. O. Box 4122, Wilmington, NC 28406
910-399-1683 910-399-1780 (fax)

Solo para uso de oficina:

Aplicación recibida: _____

Aprobado para servicios: _____

SOLICITUD DE SERVICIOS

POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA INFORMACIÓN CLARAMENTE

Por favor seleccione servicio (s) solicitados:

- ☐ Residencial ☐ Servicios Durante El Día ☐ Empleo Apoyado
- ☐ Morrow Valley Farmstead (centro de necesidades médicas)

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

Nombre de la Persona: _____
Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Preferido

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Dónde reside actualmente la persona?: _____

Medicaid #: _____ Condado de origen de Medicaid: _____

Si es aplicable, Medicare #: _____

Plan de medicamentos recetados: _____

Si corresponde cobertura tercera: _____

Diagnóstico confirmado de trastorno del espectro autista: ☐ SI ☐ * NO

*** debe tener un diagnóstico confirmado para ser elegible para recibir servicios.**

Aprobación de discapacidad confirmada: ☐ SI ☐ *NO

*** debe ser confirmado para ser elegible para recibir servicios.**

Lista de todos los servicios que reciben actualmente:

Managed Care Organization (MCO) asociada con? _____

¿Exención de Innovations? ☐ SI ☐ NO

Enumere todos los servicios anteriores que esta persona ha recibido:

Tipo de servicio/ubicación	Duración de servicios	Razón que los servicios fueron suspendidos
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INFORMACIÓN LEGAL

Estado de tutela

☐ Tutor propio ☐ Menor/Custodio ☐ Guardián General ☐ Tutor Limitado ☐ Poder Legal
☐ Guardián(es) de la Persona

Nombre del tutor(es): _____ Fecha de Calificación: _____

SOCIAL/FAMILIA

MADRE

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Actual (Calle o PO Box): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono Principal #: (____) _____ Teléfono Alternativo #: (____) _____

Ocupación: _____

PADRE

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Actual (Calle o PO Box): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono Principal #: (____) _____ Teléfono Alternativo #: (____) _____

Ocupación: _____

HERMANOS

Nombre

Número de Contacto

(____) _____
(____) _____
(____) _____
(____) _____

OTRAS PERSONAS SIGNIFICANTES

Nombre

Relación

Número de Contacto

(____) _____
(____) _____

INFORMACIÓN DEL DESARROLLO

INDICAR CON MARCA DE VERIFICACIÓN ✓

Indique si él / ella puede:	SI	NO	BLANK SPACE		Indique el nivel de asistencia que necesita para:
				----	Bañar /Duchar
Ordenar por tamaño					No necesita (el/ella puede hacerlo todo)
Ordenar por color					Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Ordenar por función					Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Correctamente deletrear/escribir nombre					Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás
Cuenta 10 o más objetos				----	Cepillar los Dientes
Decir la hora en punto.					No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)
Decir la media hora					Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Hacer adiciones y restas simples					Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Leer/comprender oraciones simples					Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás
Leer/comprender periódicos o revistas				----	Ir al Baño
Entender el significado de la palabra "no"					No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)

Entender instrucciones simples				Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Entender instrucciones complicadas				Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Hacer				Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás

Indique si él / ella puede:	SI	NO		Indique el nivel de asistencia que necesita para:
				---- Vestirse
Relacionar la experiencia cuando se le pregunta				No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)
Contar una historia, o broma				Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Describir planes realistas en detalle				Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Identificar dinero				Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás
Hacer compras simples				---- Participar en las tareas del hogar
Dar el cambio correcto				No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)
Usar la cuenta de cheques/ahorros				Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Permanecer sin supervisión por un período de tiempo				Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Entiende 911				Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás
Puede evacuar una situación de emergencia sin avisos				---- Preparación básica de comida
Puede hacer solicitud de cosas queridas o deseadas				No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)
Hacer o proporcionar comentarios				Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Participar en rutinas sociales				Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Puede buscar información de otros				Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás
Entiende los gestos				---- Alimentarse
Entiende signos				No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)
Utiliza un sistema especial (por ejemplo, imágenes, objetos, tarjetas)				Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Puede dar información				Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Puede rechazar cosas que no son deseables				Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás

Indique con qué frecuencia, si alguna vez la persona realiza los siguientes comportamientos:	Nunca	No este año	Menos de un vez al mes	Aproximadamente una vez al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Una vez al día o más
Tiene rabieta o arrebatos emocionales							
Daños propios o propiedad de otros							
Interrumpe las actividades de los demás							
Se muerde a sí mismo							
Arañazos / pellizcos a sí mismo							
Se golpea a sí mismo							
Se golpea la cabeza							
Muerde a los demás							
Arañazos / pellizcos a los demás							
Golpea a los demás							
Patea a los demás							
Corre o se aleja							
Roba							
Come / muerde artículos no comestibles							
Mostrar comportamiento sexual inapropiado							
Comentarios Adicionales							

***TENGA EN CUENTA: GHA AUTISM SUPPORTS ES UNA ORGANIZACIÓN LIBRE DE RESTRICCIONES Y NO PODEMOS OFRECER SERVICIOS A PERSONAS QUE REQUIEREN EL USO DE INTERVENCIONES RESTRICTIVAS.**

INFORMACIÓN MÉDICA

Alergias: Indique cualquier alergia a los alimentos, las drogas o el medio ambiente junto con las reacciones:

(Alergia)	(Reacción)
(Alergia)	(Reacción)
(Alergia)	(Reacción)

Hospitalizaciones y Cirugías Médicas:

	(Fecha)
	(Fecha)
	(Fecha)

Hospitalizaciones Psiquiátricas/Estabilización de Crisis:

	(Fecha)
	(Fecha)
	(Fecha)

Medicamentos Actuales:

Nombre del Medicamento	Instrucciones de Dosificación	Prescrito Para

Medicamentos Anteriores:

Nombre del Medicamento	Instrucciones de Dosificación	Prescrito Para

Indicar con marca de verificación

- ☐ Independiente- El individuo es totalmente responsable de su medicación.
- ☐ Asistencia- el personal/otros mantienen medicamentos; el individuo participa con asistencia.
- ☐ Asistencia Total- El personal/otros asumen la responsabilidad total

¿Cómo indica que él / ella puede no sentirse bien?

INFORMACIÓN MÉDICA...CONTINUA

INDICAR CON MARCA DE VERIFICACIÓN ✓

✓	<u>Audición</u>	✓	<u>Visión</u>	✓	<u>Movilidad</u>
	Indeterminado		Indeterminado		Camina de forma independiente
	Normal		Normal		Camina independiente, pero con dificultad
	Pérdida leve (Dificultad para escuchar el habla normal)		Deterioro moderado (Problemas para ver distancias, bordillos, etc.		Camina independiente, con dispositivo correctivo
	Pérdida moderada (Dificultad para escuchar el habla fuerte)		Deterioro severo (No se pueden ver caras, línea en la que escribir o marcar		Camina solo con la ayuda de otra persona
	Pérdida severa (Solo puede escuchar un discurso amplificado)		Percepción de luz (Ve solo luz y / o sombras)		No camina
	Pérdida profunda		Ciego		

Comentarios adicionales sobre audición, visión y movilidad:

HÁBITOS DE DORMIR:**Él/ella típicamente duerme:** ☐ Toda la noche ☐ 3-5 horas ☐ Menos de 3 horas por noche**Él/ella usa:** ☐ Cama ☐ Una cama adaptada ☐ Barandillas de la cama**Comentarios adicionales con respecto a los hábitos de dormir:**

¿Tiene él / ella una dieta especial? NO SI**¿Él / ella usa algún alimento especial / adaptativo para comer o beber?** NO SI**¿Problemas de asfixia o deglución?** NO SI**¿Requiere él/ella personal capacitado en procedimientos especiales de atención médica?** NO SI**INFORMACIÓN MÉDICA:****Respiratorio** (e.g., Asma, Alergias, Fibrosis Quística, Tuberculosis, etc)

NO SI _____

Cardiovascular (por ejemplo, enfermedad cardíaca, hipertensión, etc.)

NO SI _____

Endocrino (e.g., Diabetes, Enfermedad de Tiroides, etc)

NO SI _____

Gastro-Intestinal (e.g., Úlceras, Dificultades Intestinales.)

NO SI _____

Urinario (e.g., Problemas de Riñón, etc.)

NO SI _____

Neoplástico (e.g. Cáncer, Tumor, etc.)

NO SI

Neurológico (e.g. Trazo, Migrañas, Discapacidad de Desarrollo, Convulsiones, Alzheimer, Parálisis Cerebral, etc.)

NO SI

Convulsiones (e.g., heart disease, etc.)

☐ NO ☐ SI

Describa las convulsions típicas:

Frecuencia de las convulsiones: ☐ Ninguna durante este año pasado ☐ Menos de una vez al mes
☐ Una vez al mes ☐ Una vez a la semana ☐ Varias veces a la semana ☐ Una vez al día o mas

Médico Primario Actual: _____ Nombre de la Práctica: _____

Dirección-Calle/PO Box: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono Principal #: (____) _____ Fax # (____) _____

SOLICITUD DE PRESENTACIÓN

POR FAVOR ENVÍE LO SIGUIENTE CON ESTA APLICACIÓN:

- ☐ Evaluación psicológica (evaluación TEACCH preferible) que confirma el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista
- ☐ Historial Médico- último físico
- ☐ Plan de soporte individualizado (según lo garantizado)
- ☐ Otra información según corresponda (enumere por favor):

Esta solicitud de servicios está siendo completada por: _____

Relación con el solicitante: _____

Dirección postal actual- Calle o PO Box: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono Principal #: _____ **Teléfono alternativo #:** _____

Correo Electrónico: _____

Aviso: Firmando a continuación, yo / nosotros estamos solicitando voluntariamente servicios de GHA Autism Supports y entendemos que se dará consideración a esta Solicitud de Servicios sin distinción de raza, color o origen nacional.

Imprimir nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES DE ENVÍO DE SOLICITUD

Una vez completada, ***la Solicitud de Servicios*** junto con toda la documentación de respaldo solicitada se puede enviar de cualquiera de las siguientes maneras:

Fax a: (704) 982-8155

Correo Electrónico: GHAAdmissions@ghainc.org

Correo: **GHA Autism Supports**
Attention: Application for Services
PO Box 2487 Albemarle, NC 28002

¿Todavía tienes preguntas? Por favor, póngase en contacto con la línea de admisiones y referencias de GHA al: (704) 982-9600 ext. 200

La Solicitud de Servicios, junto con otra información relacionada con los servicios prestados por GHA Autism Supports, así como enlaces a recursos valiosos, se pueden encontrar en nuestro sitio web a: www.ghautismsupports.org.

MISIÓN: GHA Autism Supports brinda servicios comunitarios de calidad para satisfacer las necesidades únicas de las personas con Trastorno del Espectro Autista.

VISIÓN: Crearemos entornos en los que se entienda a personas de todas las edades con Trastorno del Espectro Autista, valoradas por su diversidad y se les den oportunidades para crecer, así como también contribuir a la comunidad.

VALORES: Valoramos la singularidad de cada persona con Trastorno del Espectro Autista y buscamos incorporar sus fortalezas, habilidades y elecciones en la planificación y provisión de servicios.