

Carta de Solicitud para Apoyo Familiar 2020-2021

El Programa de Apoyo Familiar de Tennessee es un programa de subvenciones, totalmente financiado por fondos estatales y administrado a través del Departamento de Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo de Tennessee. Este programa brinda una pequeña cantidad de apoyo financiero para ayudar a las personas (de todas las edades y niveles de ingreso) con una discapacidad grave de por vida, a quedarse en casa con su familia o vivir de la manera más independiente posible. El año fiscal 20/21 se extiende del 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021.

*** **NO** existe garantía de que el Programa de Apoyo Familiar se financiará de año en año, ya que depende de la aprobación anual de la legislatura estatal. Esta solicitud **NO es una garantía** de que una persona será aprobada para este año fiscal, o cualquier año fiscal subsiguiente (**incluso si ha recibido previamente asistencia a través del Programa de Apoyo Familiar**). La selección debe estar abierta a todas las personas que presenten solicitudes cada año, como si nunca la hubieran solicitado antes. **La selección se basa en las prioridades establecidas por los consejos locales y las solicitudes son clasificadas de acuerdo a estas prioridades una vez completadas.** ***

Para poder ser considerado para la subvención 2020-2021, debe consignarnos los siguientes 5 recaudos completos:

- Planilla de Inscripción para Apoyo Familiar 20/21** (4 páginas, completamente llenas - las secciones incompletas retrasarán la revisión de su solicitud)
- Prueba de Discapacidad** (el diagnóstico claramente indicado por el médico o los registros escolares)
- Comprobante de Residencia** (factura de servicio público actual, puede estar a nombre de un familiar)
- Prueba de Ciudadanía** (copia de Partida de Nacimiento oficial o comprobante del estatus migratorio calificado)
- Lista de Verificación de Elegibilidad** (completada a través de la revisión de los documentos y/o por medio de entrevista telefónica)

La planilla de inscripción se revisará solo cuando nuestra oficina haya recibido todos los recaudos. Favor, llene la planilla completamente, y adjunte todos los soportes al entregarlo. Las planillas recibidas sin los documentos requeridos no serán consideradas para la selección.

Nos esforzamos por notificarle a las familias el estatus de su solicitud lo más rápido posible. Planillas llenadas correctamente y documentos completos, acelera nuestro proceso. Nuestras pautas, establecidas por el estado, indican que debemos notificar a los solicitantes a más tardar al final del primer trimestre del año fiscal. Recibirán información de su solicitud para el 30 de septiembre de 2020, si no antes. Si aplican después de esta fecha le informaremos lo mas pronto posible.

Las planillas se pueden enviar por correo, e-mail, página web, fax, o pueden traerlas a la oficina. Asistencia en español está disponible. Por favor, póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta.

Correo:
Attn: Family Support
723 Emory Valley Rd.
Oak Ridge, TN 37830

Fax:
Attn: Family Support
(865) 381-1325

Teléfonos:
(865) 813-0577
(865) 813-0578
(865) 813-0579

Página Web
www.emoryvalleycenter.org

Email
fs.invoices@evcmail.org

Cordialmente,

Regina Wilson, Directora de Apoyo Familiar

2020-2021 Solicitud de Apoyo Familiar

Llenar **completamente** esta solicitud y devolverla con todos los documentos indicados (ver carta adjunta). Su solicitud solo se revisará si **TODAS** las secciones son llenadas y se hayan recibido los **TRES COMPROBANTES** requeridos.

Fecha: _____ Condado de Residencia: _____

Nombre de la persona para quien se solicita el Apoyo Familiar: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Nombre del Padre/Cónyuge/Representante Legal, si difiere del solicitante: _____

Dirección de la familia: _____ E-mail: _____

_____ Teléfono(s): _____

Servicios Potencialmente Necesarios / Solicitados (Marque las que apliquen):

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado Antes/Después | <input type="checkbox"/> Inherente a Salud | <input type="checkbox"/> Recreación/Campamento | <input type="checkbox"/> Entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> Terapia de la Conducta | <input type="checkbox"/> Servicios del Hogar | <input type="checkbox"/> Respiro | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Modificación Hogar | <input type="checkbox"/> Equipos Especiales y Mttto. / Reparaciones | <input type="checkbox"/> Modificaciones de vehículos |
| <input type="checkbox"/> Gastos de Emergencia | <input type="checkbox"/> Enfermería | <input type="checkbox"/> Alimento, Ropa o enseres especializados | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Asesoría Familiar | <input type="checkbox"/> Asistente Personal | | |

¿Usted, la persona que solicita el Apoyo Familiar recibe alguno de los siguientes (Marque las que apliquen):

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda Adopción | <input type="checkbox"/> Ingresos de Seguro Social | <input type="checkbox"/> Rehab.Vocacional | <input type="checkbox"/> (TEIS) Tennessee Early Intervention System |
| <input type="checkbox"/> Food Stamps | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Seguro Social | <input type="checkbox"/> Servicios de Enfermería | <input type="checkbox"/> PACE |
| <input type="checkbox"/> Servicio Residencial | <input type="checkbox"/> Padres Sustitutos | <input type="checkbox"/> Asistencia de Vida | <input type="checkbox"/> OPTIONS <input type="checkbox"/> NINGUNO |

¿Qué tipo de seguro tiene usted (la persona que solicita Apoyo Familiar)?

- TennCare (Medicaid) Medicare Seguro Privado Sin Seguro

¿Ha solicitado (la persona que solicita el Apoyo Familiar) o recibe alguno de los siguientes? (Marque las que apliquen)

- CHOICES ECF Chances DIDD Waivers TBI Grant Katie Beckett Waiver

Para cumplir con el Título VI, se solicita la siguiente información:

- Afroamericano Masculino
 Asiático Femenino
 Caucásico
 Hispano
 Otro
 Desconocido

PARA USO INTERNO

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intake logged | <input type="checkbox"/> POD rec'd | <input type="checkbox"/> Sign 4 sent |
| <input type="checkbox"/> POR rec'd | <input type="checkbox"/> EC & Priority # | <input type="checkbox"/> Sign 4 rec'd |
| <input type="checkbox"/> POC rec'd | <input type="checkbox"/> Intake scanned | <input type="checkbox"/> Invoices sent |

Discapacidad Primaria – Indique cuál de las siguientes categorías de discapacidad se relaciona mejor con el diagnóstico primario recibido:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Impedimento Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Sordo y/o Ciego | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico/ Discapacidad Física |
| <input type="checkbox"/> Impedimento de Salud | <input type="checkbox"/> Lesión en columna o medula |
| <input type="checkbox"/> Traumatismo Cráneo Encefálico | <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo (Nacimiento - 8 Años) |
| | <input type="checkbox"/> Otros |

Discapacidad primaria fue diagnosticada:

- Antes de los 22 años A los 22 años o después

NOTAS: Por favor explique en detalle cómo los fondos de **Apoyo Familiar** ayudarían a su familia. Basándose en el diagnóstico del solicitante: ¿Qué necesidad no podrían cubrir sin este apoyo? ¿Cómo mejoraría la calidad de vida del solicitante con esta asistencia? Esta Solicitud de Admisión debe llenarse por completo.

Por favor, no deje ninguna sección en blanco, ya que su solicitud no será revisada a menos que esté completa.

Al firmar y fechar esta Solicitud de admisión, la persona que presenta la solicitud o su representante legal indica que toda la información anterior es verdadera y precisa. Además, entiendo que proporcionar información falsa, inexacta o información incompleta puede considerarse fraude y puede resultar en una investigación criminal, así como la descalificación del programa lo cual no le permitiría aplicar nuevamente en los años subsiguientes.

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Si alguien que no sea la familia/individuo lo está refiriendo

Nombre de la persona que hace referencia al Apoyo Familiar: _____

Agencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

2020-2021 Solicitud de Apoyo Familiar

Favor describa la condición actual de vida del solicitante. ¿Con quién vive?

¿Hay otras personas con discapacidad viviendo en el hogar? **SI** o **NO**

En **caso afirmativo**, describa la relación con el solicitante y la naturaleza de su discapacidad.

Favor describa cómo la discapacidad del solicitante afecta su vida diaria y la de su familia.

Rutinas Diarias y Capacidad de Cuidado Personal del Solicitante

Favor marque la casilla adecuada para cada actividad	Necesita Asistencia Total	Necesita algo de Asistencia	No necesita Asistencia	Describa la asistencia necesaria/proporcionada
Comer (no incluye preparación de comidas)				
Vestirse				
Bañarse				
Asearse				
Traslado para entrar/salir de la cama/silla de ruedas/ducha/aseo				
Preparación de comidas				
Hacer citas médicas				
Comprar alimentos, tomar medicamentos				
Completar las tareas del hogar				
Manejo del dinero				

Capacidad del solicitante para Comunicarse

¿La capacidad del solicitante para comunicarse se ve afectada por su discapacidad? **SI** o **NO**

¿Cómo prefiere el solicitante comunicarse con los demás (hablando, dispositivo de asistencia, señales, etc.)? _____

¿Y otros pueden entenderlo fácilmente? _____

¿Tiene la solicitante dificultad para entender las instrucciones verbales / conversaciones? **SI** o **NO**

La Capacidad del Solicitante para Aprender

¿La capacidad de aprendizaje del solicitante se ve afectada por su discapacidad? **SI o NO**

En caso afirmativo, describa cómo se ve afectado el aprendizaje:

Movilidad del solicitante (capacidad para caminar, moverse en su casa y en la comunidad, escaleras o terreno irregular)

¿La movilidad del solicitante se ve afectada por su discapacidad? **SI o NO**

En caso afirmativo, ¿cómo se ve afectada su movilidad?

¿El solicitante requiere un dispositivo de apoyo (caminante, bastón, silla de ruedas, etc.)? **SI o NO**

En caso afirmativo, describa qué dispositivo de apoyo se necesita:

Autodirección del solicitante

¿El solicitante es consciente del peligro (cruzar calle, agua caliente / estufa, gente extraña)? **SI o NO**

¿Tiene el solicitante problemas de comportamiento? **SI o NO**

¿El solicitante puede decir y administrar el tiempo? **SI o NO**

¿Cómo afecta la discapacidad del solicitante su juicio y capacidad para tomar decisiones?

¿Necesita el solicitante una supervisión *constante* debido a riesgos de seguridad? **SI o NO**

Autosuficiencia económica del solicitante

¿Está empleado el solicitante? **SI o NO**

Se han hecho ajustes especiales para trabajar (horarios modificados, escoltas, etc.) **SÍ o NO**

En caso afirmativo, describa los ajustes:

¿Cómo afecta la discapacidad del solicitante a su capacidad para trabajar?
