

Carta de Solicitud para Apoyo Familiar 2021-2022

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 21/22 se extiende del 1 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.

*** **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 con estas prioridades una vez completadas.** ***

Para ser considerado para la subvención 2021-2022, debe enviar los siguientes documentos completos:

- Planilla de Inscripción para Apoyo Familiar 21/22** (4 páginas, completamente llenas - las secciones incompletas retrasarán la revisión de su solicitud)
- Prueba de Discapacidad** (Diagnóstico claramente establecido por un médico; para los niños en edad escolar, proporcione una copia del **IEP completo** más reciente; para los niños pequeños inscritos en el TEIS, proporcione el IFSP más reciente)
- Comprobante de Residencia** (factura de servicio público actual, puede estar a nombre de un familiar)
- Prueba de Ciudadanía** (copia del acta de nacimiento legal, no el recuerdo del hospital o la copia de la madre; O prueba de estatus de extranjero calificado, documento actual de USCIS)
o Si el solicitante ha recibido la subvención en años anteriores, la tenemos archivada
- Copia de la tarjeta de seguridad social** – este es un nuevo requisito para el año fiscal 21-22

Estos documentos se pueden enviar por correo, e-mail, página web, fax, o pueden traerlas a la oficina. Por favor, no envíe estos documentos como fotos tomadas del celular, necesitamos que estén lo más claros y legibles posibles. 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 Sally (Español)
(865) 813-0578
(865) 813-0579

Página Web
www.emoryvalleycenter.org
Email
fs.invoices@evcmail.org

2021-2022 Continuación de la carta de admisión

Una vez que tengamos todos los documentos requeridos, revisaremos las solicitudes y completaremos una lista de verificación para determinar la elegibilidad del solicitante. Es posible que nos comuniquemos con usted durante este proceso si se necesita más información.

¡TENGA EN CUENTA! Las admisiones no serán revisadas ni consideradas para su selección hasta que nuestra oficina haya recibido todos los documentos requeridos.

Nos esforzamos por notificar a las familias sobre el estado de su solicitud lo antes posible. La entrega conjunta de las solicitudes completas y los documentos requeridos acelera nuestro proceso. Nuestras pautas, que son establecidas por el estado, declaran que debemos notificar a los solicitantes a más tardar al final del primer trimestre del año fiscal. Recibirá una notificación del estado de su solicitud antes del 30 de septiembre de 2021, si no antes. Si presenta la solicitud después de esta fecha, se lo notificaremos lo antes posible.

Se dispone de asistencia con interpretación al español.

Por favor, póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta.

Cordialmente,

Regina Wilson, Directora de Apoyo Familiar

Solicitud de Apoyo Familiar 2021-2022

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 han recibido **TODOS los 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: _____ Teléfono: _____

Servicios Potencialmente Necesarios / Solicitados (Marque los 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 Mtto. / 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 Choices DIDD Waivers TBI Grant Katie Beckett Ninguno

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

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Masculino |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Femenino |
| <input type="checkbox"/> Caucásico | |
| <input type="checkbox"/> Hispano | |
| <input type="checkbox"/> Otro | |
| <input type="checkbox"/> 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 |

2021-2022 Family Support Intake Form, page 2

Discapacidad Primaria – Indique cuál de las siguientes "principales categorías de discapacidad" es más relevante para la persona para la cual se solicitan servicios (como diagnóstico primario):

- | | |
|---|---|
| <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 Craneal | <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo (Nacimiento - 8 Años) |
| | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) |

Discapacidad primaria fue diagnosticada:

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

NOTAS: Para que comprendamos sus necesidades con mayor claridad, explique en detalle cómo los fondos de soporte familiar ayudarían a su familia. Basándose en el diagnóstico del solicitante, qué necesidades no puede obtener sin este apoyo? ¿Cómo mejoraría la vida diaria del solicitante con esta asistencia? Utilice una hoja de papel adicional si es necesario.

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

Al firmar y poner fecha a 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 soporte familiar: _____

Agencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

2021-2022 Family Support Intake Form

Por favor, describa la situación actual de la persona para la que se están solicitando servicios. ¿Con quién vive?

¿Hay otras personas con discapacidad que residen en el hogar? **SÍ** o **NO**

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

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

¿El solicitante asiste a alguna cita regular (¿médico, terapias, etc.?) Si es así, por favor explíquelo.

Habilidades de cuidado personal y rutinas diarias del solicitante

Edad de Solicitante: _____

Por favor, marque la casilla aplicable cada actividad de la vida diaria	Necesita asistencia total	Necesita algo de asistencia	No necesita asistencia	Describa la asistencia necesaria/proporcionada <i><u>NO DEJE EN BLANCO</u></i>
Comer (No incluye la preparación de comidas)				
Vestirse				
Bañarse				
Asearse				
Desplazar dentro/fuera de cama / silla de ruedas / ducha / inodoro				
Preparación de comidas				
Hacer citas médicas				
Comprar alimentos, tomar Medicina				
Completar tareas del hogar				
Manejo del dinero				

Capacidad del solicitante para Comunicarse

¿La capacidad del solicitante para comunicarse es afectada por su discapacidad? **SÍ** o **NO**

¿Cómo prefiere el solicitante comunicarse con los demás (hablando, dispositivos, señas)? _____

¿Y otros pueden entenderlo fácilmente? _____

¿Tiene el 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? **SÍ o NO**

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

¿El solicitante requiere un dispositivo de apoyo (andador, bastón, silla de ruedas, etc.)? **SÍ 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 de trabajar? _____
