

Apoyo Familiar 2024 – Admisión 2025

El Programa de Apoyo Familiar de Tennessee es un programa de subvenciones, totalmente financiado con dólares estatales y administrado a través del Departamento de Discapacidad y Envejecimiento de Tennessee (TDDA, por sus siglas en inglés). Este programa ofrece una pequeña cantidad de apoyo financiero para ayudar a las personas (de todas las edades) con una discapacidad grave de por vida, y sus que las familias permanezcan juntas en sus hogares y comunidades, mientras viven de la manera más independiente posible. Estos servicios son flexibles y responden a las familias y sus necesidades.

TENGA EN CUENTA Las personas que están inscritas en la exención KatieBeckett, ECF Choices, exención DIDD, los programas TennCare Choices o Pace NO son elegibles para la subvención de Apoyo Familiar.

El año fiscal 24-25 va del 1 de Julio de 2024 al 30 de Junio de 2025.

- Debido a la financiación limitada, es posible que algunos solicitantes que se consideran elegibles no reciban una subvención para el año fiscal 24-25.
- No se garantiza que se conceda una subvención a los solicitantes, incluso si la han recibido en años anteriores
- Si el solicitante es aprobado para recibir una subvención, no se garantiza que el importe sea el mismo que el de la subvención del año anterior.
- La selección debe estar abierta a todas las personas que se presenten cada año, como si nunca lo hubieran hecho.
- La selección se basa en las prioridades establecidas por el consejo local, y las solicitudes se clasifican de acuerdo con estas prioridades.
- Nos esforzamos por notificar a las familias el estado de su solicitud lo más rápido posible. Nuestras directrices, establecidos por el estado, declaran que debemos notificar a los solicitantes del estado de su solicitud a más tardar 30 de Septiembre (Si presenta su solicitud después de esta fecha, se lo notificaremos lo antes posible).

Las solicitudes incompletas no serán revisadas. Las solicitudes no se revisan hasta que se hayan recibido TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS en la oficina.

Se ofrece asistencia con interpretación en español. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta.

PARA UNA CONSIDERACIÓN TEMPRANA DURANTE NUESTRO PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA, POR FAVOR DEVUÉLVA PAQUETES DE ADMISIÓN 2024-2025 ACOMPLETADOS ANTES DEL 30 DE MAYO DE 2024.

Sinceramente,

Regina Wilson, Directora de Apoyo Familiar
Programa de Apoyo Familiar, Centro del Valle de Emory

Para solicitar la beca de Apoyo Familiar 2024 – 2025, debes presentar el formulario adjunto y **todos estos documentos:**

- **Prueba de discapacidad** (Diagnóstico claramente indicado por un médico. Para niños en edad escolar con un IEP
 - Proporcione una copia de su IEP completo más reciente. Para los niños pequeños inscritos en TEIS, por favor proporcionar su IFSP más reciente).
- **Comprobante de residencia** (factura actual de servicios públicos: agua, gas, electricidad o Internet que muestre claramente la dirección de servicio, incluso si los servicios no están a su nombre)
- **Comprobante de ciudadanía** (copia del certificado de nacimiento legal o comprobante de estatus de extranjero calificado/actual documentación de USCIS. No podemos aceptar el recuerdo del hospital ni la copia de la madre) Si el solicitante ha recibido la subvención en años anteriores, lo tenemos en el archivo.
- **Tarjeta de la Seguridad Social** Si el solicitante ha recibido la beca en años anteriores, la tenemos archivada
- **Prueba de custodia** (si el solicitante no es su hijo biológico o si el niño es adoptado. Si el niño/a es adoptado/a, todos los documentos deben tener su nombre adoptado). Si el solicitante ha recibido la subvención en años anteriores, tenemos esto en el archivo.
- **Tutela** (si ya existe una). Si el solicitante ha recibido la subvención en años anteriores, tenemos esto en el archivo.
 - Cualquier solicitante de 18 años o más será responsable de firmar su documentación, a menos que la documentación legal está en su lugar dando permiso a otra persona para hacerlo. Necesitaremos una copia de esta documentación legal si alguien que no sea el solicitante completará papeleo.

Estos documentos pueden ser devueltos por correo, correo electrónico, fax o entregados personalmente a nuestra oficina y hielo. (Por favor, no envíarlos como capturas de pantalla tomadas desde tu teléfono)

Correo

Attn: Family Support

723 Emory Valley Rd.,

Oak Ridge, TN 37830

Correo Electronico

FS.Invoices@evcmail.org

Registramos las entradas en nuestro sistema en el orden en que las recibimos. Una vez que su ingesta y todos los documentos requeridos son recibidos y archivados, le enviaremos un correo electrónico (o una carta si no tiene un correo electrónico) Para que sepan que se ha recibido todo y cuándo puede esperar recibir el estado de su aplicación para subvención.

Regina Wilson • Directora de Apoyo Familiar – Teléfono/Texto/Fax: (865) 813-0578 Correo electrónico: Regina.wilson@evcmail.org

Brandi Neikirk • Asistente de Apoyo Familiar – Teléfono/Texto/Fax: (865) 813-0579 Correo electrónico: Brandi.neikirk@evcmail.org

Jessica Solís • Asistente de Apoyo Familiar (bilingüe) – Teléfono/Texto/Fax: (865) 813-0577 Correo electrónico: Jessica.solis@evcmail.org

Solicitud de Apoyo Familiar 2024-2025

Fecha: _____ Condado: _____

Nombre de usted: _____ ¿Está solicitando para usted mismo? Si No

Nombre de la persona para la que está solicitando: _____ Su relación con ellos _____

LA INFORMACION QUE SIGUE DEBE SER SOBRE LA PERSONA PARA LA QUE ESTA SOLICITANDO

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Dirección de la familia: _____ Teléfono: _____

_____ Email: _____

¿Alquila o es propietario de su casa? Renta Dueño de casa *(Mantendremos comunicación por este medio)*

Servicios Potencialmente Necesarios / Solicitados (Marque todos los que apliquen):

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado Antes/Después | <input type="checkbox"/> Inherente a la Salud | <input type="checkbox"/> Recreación/Campamento | <input type="checkbox"/> Entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> Terapia de Conducta | <input type="checkbox"/> Servicios del Hogar | <input type="checkbox"/> Respiro/Niñera | <input type="checkbox"/> Modificación Vehicular |
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Modificación del Hogar | <input type="checkbox"/> Equipo Especializado, Mantenimiento/Reparación | |
| <input type="checkbox"/> Gastos de Emergencia | <input type="checkbox"/> Enfermería | <input type="checkbox"/> Alimento, Ropa o Artículos especializados | |
| <input type="checkbox"/> Consejería Familiar | <input type="checkbox"/> Asistencia Personal | <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Usted (la persona por la que está aplicando) recibe alguno de los siguientes?:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Adopción | <input type="checkbox"/> Padres sustitutos | <input type="checkbox"/> TEIS (Sistema de intervención temprana de Tennessee) |
| <input type="checkbox"/> Food stamps (SNAP) | <input type="checkbox"/> Programa OPTIONS | <input type="checkbox"/> PACE (Programa de Atención Integral al Adulto Mayor) |
| <input type="checkbox"/> Servicios Residenciales | <input type="checkbox"/> Servicios de Enfermería | <input type="checkbox"/> MAPs (Medicaid a la independencia) |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de Seguro Social | <input type="checkbox"/> Asistencia de Vida | <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por Discapacidad | <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional | |

¿Qué tipo de Seguro tiene (la persona por la que está aplicando)?

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> TennCare (Medicaid) | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Seguro Medico Privado | <input type="checkbox"/> Sin seguro medico |
|--|-----------------------------------|--|--|

¿Usted (la persona por la que está aplicando) recibe alguno de los siguientes?:

- CHOICES ECF Choices DIDD Waivers Katie Beckett Waiver NINGUNO
- Cualquier apoyo en el hogar/comunidad (Explique): _____

¿Usted (la persona por la que está aplicando) ha solicitado alguno de los siguientes?:

CHOICES ECF Choices Katie Beckett Waiver NINGUNO

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

- 1. GENERO: Masculino Femenino
- 2. RAZA: Afroamericano/Negro Indio Americano/ Nativo de Alaska Hawaiano/Otro Isleno del Pacífico
- Asiático Caucasio/ Blanco Otro

(Ser "hispano/latino" es una etnicidad y debe responderse por separado de "raza") 3.

ETNICIDAD: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Discapacidad Principal Marque cuál de las siguientes "categorías principales de discapacidad" es más relevante para el solicitante (Por cada discapacidad marcada, debemos tener un comprobante de diagnóstico del médico que la diagnosticó.):

- Autismo Ciego Parálisis Cerebral Sordo Impedimento de Salud Traumatismo Craneal
- Discapacidad Intelectual Impedimento Neurológico Impedimento Ortopédico/Discapacidad física
- Lesión en la columna Retraso del desarrollo (Solamente los que tienen 5 años o menos) Síndrome de Down
- Desorden Genético (Ej: Rett, Angelman, Trisomy 9, etc.) Otro (especifique) _____

La discapacidad principal ocurrió: Antes de los 22 Después de los 22

Cual idioma prefiere usar cuando se esta comunicando con Apoyo Familiar? _____

NOTAS: Para que entendamos claramente sus necesidades, explique en detalle cómo los fondos de Apoyo Familiar ayudarían a su familia. Con base en el diagnóstico del solicitante, ¿qué necesidades tiene? ¿Cómo se mejoraría la vida del solicitante con esta asistencia? **POR FAVOR NO DEJE ESTA PREGUNTA SIN RESPUESTA.**

Al firmar y poner fecha a este formulario de admisión, yo, la persona que solicita la subvención o su representante legal, indico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa. Además, entiendo que proporcionar información inválida, inexacta o incompleta puede considerarse fraude y puede dar lugar a una investigación penal y a la descalificación del programa, lo que impediría la reinscripción en años posteriores.

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Si alguien que no sea la familia/solicitante lo está refiriendo:

Nombre: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Solicitud de Apoyo Familiar 2024-2025

Por favor, describa la situación actual de la persona para la que se están solicitando servicios. ¿Con quién vive? Escriba los nombres de cada persona que viven bajo el mismo techo.

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

¿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.

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

¿La capacidad de comunicación del solicitante se ve afectada por su discapacidad? Sí No

¿Cómo prefiere el solicitante comunicarse con los demás (habla, dispositivo de asistencia, señas, gestos, etc.)?

¿Son los demás capaces de entender al solicitante?

¿Tiene el solicitante dificultad para comprender las instrucciones verbales, seguir las conversaciones?

Sí No

¿La capacidad del solicitante para aprender o retener información se ve afectada por su discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

¿La movilidad del solicitante se ve afectada por su discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿Utiliza un dispositivo de apoyo (andador, bastón, silla de ruedas, etc.)? Sí No

En caso afirmativo, describa qué dispositivo se necesita: _____

¿Es consciente el solicitante del peligro (cruzar la calle, agua caliente/estufa, peligro de extraños, etc.)? Sí No

¿Tiene el solicitante problemas de comportamiento o de estimulación debido a su diagnóstico? Sí No

¿Necesita el solicitante supervisión constante debido a problemas de seguridad relacionados con su discapacidad

(no debido a su edad)? Sí No

Para los solicitantes de edades comprendidas **entre los 5 años de edad**, responda a las siguientes preguntas:

(POR SU DISCAPACIDAD DIAGNOSTICADA, NO POR EDAD)

¿Bebe de un biberón, de un vasito para sorber, de un vaso con ayuda o de un vaso sin necesidad de ayuda? _____

¿Se alimenta solo? _____

¿Puede usar utensilios? _____

¿Tiene aversiones a los alimentos, alergias o problemas de asfixia? _____

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? (¿Trata de ayudar o depende totalmente de cuidadores para que lo hagan por ellos? _____

¿Trata de ayudar a bañarse durante la hora del baño o depende de los cuidadores para que lo hagan todo? _____

¿Hay alguna aversión al lavado de cara, al lavado de cabello, etc.? _____

¿Tolera el cepillado de dientes? _____

¿Usa pañales/pullups, o usa el baño? _____

Si todavía usa pañales/pullups, ¿ha comenzado a trabajar en el entrenamiento para ir al baño?

¿Es capaz de guardar sus juguetes o tirar algo a la basura si se le pide que lo haga? _____

¿Qué haces por este niño que no necesitarías hacer por un niño típico? _____

Para solicitantes de 6 años hasta la edad de graduación de la escuela secundaria, responda a las siguientes preguntas:

¿Se alimenta solo o necesita ayuda para comer? Si necesita ayuda, por favor explique: _____

¿Puede abrir los alimentos por sí mismo (paquetes, tapas de bebidas, etc.)? _____

Si es apropiado para su edad, ¿prepara algún alimento usando el microondas o la estufa? _____

¿Se baña solo o usted lo ayuda físicamente _____

¿Necesita recordatorios para bañarse? ¿Recuerdan los pasos que deben seguir o necesitan indicaciones durante baño? _____

¿Se viste y se desviste solo o necesita ayuda física? _____

¿Elige la ropa apropiada para el clima o la ocasión? _____

¿Tiene alguna aversión o problemas sensoriales con la ropa? _____

¿Va al baño por sí mismo, necesita ayuda física para ir al baño e higiene, o lleva calzoncillos de incontinencia?

¿Realiza las tareas del hogar? En caso afirmativo, ¿necesitan recordatorios, indicaciones o asistencia física? _____

¿Es capaz de decir y administrar el tiempo? _____ Sí _____ No

¿Podría ponerse en contacto con los servicios de emergencia si fuera necesario? _____ Sí _____ No

¿Su discapacidad afecta su juicio y su capacidad para tomar decisiones? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explicar.

¿Necesita supervisión constante debido a problemas de seguridad relacionados con su discapacidad? _____ Sí _____ No

¿Es capaz de entender/administrar el dinero? _____ Sí _____ No

Para los solicitantes que han superado la edad de la escuela secundaria,

responda las siguientes preguntas:

¿Se alimenta solo o necesita ayuda para comer? Si necesita ayuda, por favor explique: _____

¿Puede abrir los alimentos por sí mismo (paquetes, tapas de bebidas, etc.)? _____

¿Prepara algún alimento usando el microondas o la estufa? _____

¿Se baña solo o usted lo ayuda físicamente? _____

¿Necesita recordatorios para bañarse? ¿Recuerdan los pasos que deben seguir o necesitan indicaciones durante

¿baño? _____

¿Se viste y se desviste solo o necesita ayuda física? _____

¿Escoge la ropa apropiada para el clima y la ocasión? _____

¿Tiene alguna aversión o problemas sensoriales con la ropa? _____

¿Va al baño por sí mismo, necesita ayuda física para ir al baño e higiene, o lleva calzoncillos de incontinencia?

¿Realiza las tareas del hogar? En caso afirmativo, ¿necesitan recordatorios, indicaciones o asistencia física? _____

¿Programa sus propias citas médicas o depende de los cuidadores para hacerlo? _____

¿Maneja su propia medicación? _____ Sí _____ No

¿Puede entender/administrar su propio dinero o depende de los cuidadores para hacerlo? _____

¿Realiza las tareas del hogar? En caso afirmativo, ¿necesitan recordatorios, indicaciones o asistencia física? _____

¿Es el solicitante capaz de decir y administrar el tiempo? _____ Yes _____ No

¿Podría ponerse en contacto con los servicios de emergencia si fuera necesario? _____ Sí _____ No

¿Podría autoevacuarse en caso de emergencia? _____ Sí _____ No

¿La discapacidad del solicitante afecta a su juicio y capacidad para tomar decisiones? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor, explicar.

¿Necesita supervisión constante debido a problemas de seguridad relacionados con su discapacidad? _____ Sí _____ No

¿Está empleado el solicitante? _____ Sí _____ No _____ Jubilado

En caso afirmativo, ¿se han hecho adaptaciones para que pueda trabajar? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, sírvase describir esas acomodaciones. _____

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