DIVISIÓN SERVICIOS PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS AL DESARROLLO (DDD)

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

HOJA DE PLANIFICACIÓN PARA OPORTUNIDADES DEL PROGRAMA "FAMILY SUPPORT" (Apoyo Familiar)

FAMILY SUPPORT OPPORTUNITY PLANNING WORKSHEET

FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN	FECHA DE LA REVISIÓN

NOMBRE DE LA PERSONA	NÚMERO DE SERIE

Miembros de la familia, amigos y vecinos

Agencias y Ayudas Comunitarias

Grupos comunitarios informales/iglesias

Escuela: Pública o privada Programa diurno/bebés y niños pequeños

Familia

Información específica concerniente a: _____

Administrador(es) del caso DDD (con número de teléfono)

Ayuda en el hogar (Cuidado Personal de Medicaid, o del estado)

Conferencias/Proyectos comunitarios

PLAN PROPUESTO:

Guía comunitario

Necesidades/Preocupaciones (Sírvase indicarlos en forma numérica)

Financiamiento flexible (de acuerdo a las pautas)

Deseo o sueño principal para el futuro del niño o de la persona

Con mi firma, doy permiso para que se envíen copias a mi guía comunitario.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

El programa será evaluado en la Universidad de Washington.

INFORME SOBRE OBJETIVOS

Si no se utiliza una Evaluación Comprensiva, por favor llene los números 1, 2, 3, y 4 a continuación:

1. DOCTOR ACTUAL	2. DENTISTA ACTUAL	3. CONTACTO DE EMERGENCIA

4. PREOCUPACIONES DE SALUD

NECESIDADES Y PREOCUPACIONES (INDIQUE DE ACUERDO A LOS NÚMEROS DE LA PÁGINA FRONTAL)	OBJETIVOS/RESULTADOS	¿QUIÉN LOS HARÁ O AYUDARÁ A LOGRARLOS?
		FRECUENCIA/DURACIÓN
		FINANCIAMIENTO (¿EXCEPCIÓN? SÍ - NO)
		SITUACIÓN ACTUAL
		FECHA EN QUE SE REALIZÓ (MM/DD/AAAA)

NECESIDADES Y PREOCUPACIONES (INDIQUE DE ACUERDO A LOS NÚMEROS DE LA PÁGINA FRONTAL)	OBJETIVOS/RESULTADOS	¿QUIÉN LOS HARÁ O AYUDARÁ A LOGRARLOS?
		FRECUENCIA/DURACIÓN
		FINANCIAMIENTO (¿EXCEPCIÓN? SÍ - NO)
		SITUACIÓN ACTUAL
		FECHA EN QUE SE REALIZÓ (MM/DD/AAAA)

NECESIDADES Y PREOCUPACIONES (INDIQUE DE ACUERDO A LOS NÚMEROS DE LA PÁGINA FRONTAL)	OBJETIVOS/RESULTADOS	¿QUIÉN LOS HARÁ O AYUDARÁ A LOGRARLOS?
		FRECUENCIA/DURACIÓN
		FINANCIAMIENTO (¿EXCEPCIÓN? SÍ - NO)
		SITUACIÓN ACTUAL
		FECHA EN QUE SE REALIZÓ (MM/DD/AAAA)

NECESIDADES Y PREOCUPACIONES (INDIQUE DE ACUERDO A LOS NÚMEROS DE LA PÁGINA FRONTAL)	OBJETIVOS/RESULTADOS	¿QUIÉN LOS HARÁ O AYUDARÁ A LOGRARLOS?
		FRECUENCIA/DURACIÓN
		FINANCIAMIENTO (¿EXCEPCIÓN? SÍ - NO)
		SITUACIÓN ACTUAL
		FECHA EN QUE SE REALIZÓ (MM/DD/AAAA)

NOMBRE DE LA PERSONA	NÚMERO DDD	FECHA

Entiendo que este PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO no garantiza que se proporcionarán todos los servicios que aquí se indican. El suministro de servicios depende de la disponibilidad de los servicios y/o del financiamiento.

He revisado las determinaciones de la División Servicios Para Personas con Impedimientos al Desarrollo según se estipulan en el PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO. Estoy de acuerdo con los servicios y objetivos de la PARTE 3. Entiendo que tengo el derecho de retirarme o de no dar mi consentimiento a los servicios que el PLAN ofrece. Se me han explicado los derechos que tengo de apelar las decisiones de la División Servicios Para Personas con Impedimientos al Desarrollo. Asimismo se me han explicado los procedimientos para presentar una apelación.

Estoy de acuerdo en que se pueden agregar objetivos adicionales a mi PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO, generalmente en caso de una emergencia, sin que haya necesidad de revisar completamente el PLAN. No habrá de agregarse nuevos objetivos sin mi previa aprobación y firma.

FIRMA DE LA PERSONA	FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CASO

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA/APELACIÓN

Yo, _____, (marque uno de los siguientes casilleros)

- ☐ La persona para la cual se solicitan los servicios
- ☐ El padre/madre/tutor de _____ quien es menor de 18 años
- ☐ El tutor

solicita una audiencia administrativa para revisar la decisión de la División Servicios Para Personas con Impedimientos al Desarrollo - Servicios Locales, conforme lo estipulado en el PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO.

Yo (marque un casillero):

- ☐ Estaré representado/a por un abogado.

  Nombre del abogado:_____

- ☐ **NO** estaré representado/a por un abogado.

FIRMA DE LA PERSONA	FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

DIRECCIÓN: CALLE Y NÚMERO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO REGIONAL)

Este formulario se debe completar y devolver en un plazo de 30 días para apelar esta decisión.

Usted puede ver y examinar todos los materiales (documentos, comprobantes, etc.) disponibles al departamento relacionados con esta decisión. Si apela esta decisión, se programará una audiencia dentro de 10 días para revisar tal decisión.

Para solicitar una audiencia, complete el formulario de arriba y envíelo por correo al DIRECTOR, DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES, P.O. BOX 45310, OLYMPIA WA 98504-5310, o entréguelo en una Oficina Regional de la División Servicios Para Personas con Impedimientos al Desarrollo **DENTRO DE 30 DÍAS.**