



Shawnee County
Community Developmental Disabilities Organization
"Your resource for connecting our community"

SOLICITUD PARA RECIBIR SERVICIOS

Fecha: _____

Información General:

Nombre Legal: _____ Nombre Preferido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono en Casa: _____ de Trabajo: _____ Celular: _____

Referido por: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Información de la Familia:

Los Nombres de los Padres y / o Personas Interesadas:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de Casa: _____ Teléfono: _____

Dirección de Trabajo: _____ Teléfono: _____

Guardián y/o Conservador Nombrado por un Tribunal: Sí No
(Si es "sí" Adjuntar Tutela y/o Documentación de Conservador)

Dirección: _____

Teléfono: _____ Condado de Orden Judicial: _____

Contacto de emergencia si los padres o guardián no puede ser contactados:

Nombre: _____

Dirección de Casa: _____ Teléfono: _____

En Custodia de DCF (Departamento de Niños y Familia): Sí No
(Si es "sí" provea el nombre y número de teléfono de la persona de contacto y la documentación de la custodia)

Servicios solicitados (Marque todo lo que corresponda):

Servicios de Día (Incluyen Taller de Montaje Protegido, Empleo con Apoyo, Destrezas de Vida para Adultos): _____

Servicios Residenciales (Incluyen Vivir en Grupo, Vivir Apoyado, Vivir Seme-Independiente): _____

Meta de Administración de Casos: _____

Apoyo en el Hogar (Cuidado en Hogar con apoyo, Revelo, y Ayuda por la Noche): _____

Información Médica:

Edad de Inicio de la Discapacidad: _____ Condición Física: Bien Justa Pobre

Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Otros Médicos Especialistas (Oculista, Neurólogo etc...)

Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Medicamentos actuales:	Recetado por:	Dosis:	Uso:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Convulsiones: Sí No ¿Están Controladas? Sí No

Tipo de Convulsiones: _____ Frecuencia: _____

Limitaciones físicas y / u otros problemas médicos:

Información de Seguros

Seguro Médico: Yes No Nombre del Dueño de la Póliza: _____

Número De Póliza: _____ Compañía: _____

Dirección De Correo: _____

Tarjeta Médica: Sí No Número De Tarjeta: _____

Otros: _____

Información Educativa:

Nombre y dirección de la corriente o de la última escuela atendida: _____

Más alto grado de terminado: _____ Tomo clases de educación especial: Sí No

Historial De Trabajo:

Lugar:	Descripción Del Trabajo:	Dates:	Razón para dejar
_____	_____	_____ to _____	_____
_____	_____	_____ to _____	_____
_____	_____	_____ to _____	_____
_____	_____	_____ to _____	_____
_____	_____	_____ to _____	_____

Historia: Lista por orden cronológico, las colocaciones, evaluaciones, exámenes en instalaciones como hospitales, centros de diagnóstico, clínicas de salud mental, las instituciones, los programas de capacitación de trabajo, etc.

Fecha: _____ a _____ Instalación: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ a _____ Instalación: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ a _____ Instalación: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ a _____ Instalación: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ a _____ Instalación: _____

Dirección: _____

Firma del Solicitante _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____