

**Iniciativa Médica Domiciliaria de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades
Especiales de Cuido de Salud *
Lista de Necesidades**



Completar este formulario si el niño o joven tiene una necesidad médica, conductista o física diagnosticada, la cual requiere más ayuda y apoyo que sus compañeros.

Nombre de Niño/a _____ **Nombre Padre/Madre** _____ **Seguro Social de niño** _____
Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado/Código Postal** _____

Respiro es el cuidado dentro o fuera del hogar con el propósito de dar alivio a la familia/cuidador de las responsabilidades medicas diarias del niño/a o joven con necesidades especiales.

Contacte su coordinador de cuidado para más información sobre respiro pide el manual *Get Creative About Respite* o visite al FAVOR-CT.org

Cuidadores disponibles para satisfacer necesidades	Las fuentes de apoyos comunitarios durante los últimos 12 meses <i>(Marcar todo que aplica)</i>	Las fuentes de apoyos comunitarios durante los últimos 12 meses
<p>___ Niño o joven con necesidades especiales tiene más de un diagnostico medico, físico o conductivo.</p> <p>___ Más de un miembro de la familia viviendo en casa necesita más cuidado o apoyo.</p> <p>_____</p> <p>___ El cuidador primario está bien de salud.</p> <p>___ El cuidador primario esta pobre de salud física o emocional.</p> <p>_____</p> <p>___ El número de adultos disponibles para el cuidado del niño o joven con necesidades especiales.</p> <p>___ Número total de individuos viviendo en el hogar.</p> <p>_____</p> <p>___ Ingresos brutos totales del hogar.</p> <p>_____</p>	<p>___ La familia recibe apoyos del Departamento de Niños y Familias (DCF).</p> <p>___ La familia recibe apoyo o servicios de el Departamento de servicios de desarrollo (DDS/Department of developmental Services).</p> <p>___ El niño o joven recibe Servicios Voluntarios de DCF o DDS (Voluntary Services).</p> <p>___ El niño ha recibido servicio de Birth to Three.</p> <p>___ El niño recibe servicios de respiro en un centro de DDS. durante los últimos 12 meses</p> <p>___ La familia recibió una adopción subsidiada.</p> <p>___ El niño o joven esta en renuncia Katie Beckett o Cualquier otra renuncia (Katie Beckett Waiver).</p> <p>___ El niño está matriculado en Tricare y opción Prolongada de salud de cuidado (ECHO).</p>	<p>___ El niño o joven recibe servicios de ayudantes de salud en su hogar o enfermería en una base Semanal.</p> <p>___ El niño recibe servicios amplios de escuela o un Grupo comunitario.</p> <p>___ La familia recibió fondos de campamento durante los últimos 12 meses</p> <p>_____</p> <p>___ La familia recibió fondos de respiro de durante Los últimos 12 meses.</p> <p>_____</p> <p>___ El Niño/a recibe apoyo de alguna organización comunitaria, SSI o algún otro apoyo. Favor de explicar.</p> <p>_____</p> <p>Indique cualquier otra información que desee Compartir. _____</p> <p>_____</p>