

En primer lugar en las familias de la Piedmont del sur



Primera en familias es un enfoque emocionante a apoyo a las personas con discapacidades y sus familias.

Misión :

Primera en familias de la misión de Piamonte meridional es para proporcionar a las personas con discapacidades y sus familias la oportunidad de solicitud de asistencia cuando sea necesario y para habilitarlas con el conocimiento y la confianza para seguir sus propias elecciones de vida.

Discapacidad del desarrollo

Uno de los tres requisitos de elegibilidad para ser considerados para la asistencia de primera en familias de Piedmont del Sur es que el individuo o de un miembro de la familia viven en el hogar tiene una discapacidad de desarrollo. A continuación se pretende explicar este requisito.

Pregunta: **¿Qué es una discapacidad del desarrollo??**

Respuesta: "Discapacidad del desarrollo" es una discapacidad grave, crónica de una persona que:

- R. ¿Es atribuido a un deterioro físico o mental o una combinación de impedimentos físicos o mentales;
 - B. Se manifiesta antes de que la persona alcanza la edad de 22 años, a menos que la discapacidad es causada por una lesión traumática de la cabeza y se manifiesta después de los años 22;
 - C. Es probable que continúe indefinidamente;
 - D. Da como resultado importantes limitaciones funcionales en tres o más de las siguientes áreas de actividad importante de la vida:
 - cuidados personales
 - lenguaje receptivo y expresivo
 - capacidad para una vida independiente
 - de aprendizaje
 - movilidad
 - auto-dirección
 - autosuficiencia económica
 - E. Refleja la persona que necesite para una combinación y secuencia de especial cuidado interdisciplinario o genérico, tratamiento u otros servicios que son de duración permanente o extendida son individualmente planificados y coordinados
-
- f el. Cuando se aplica a los niños desde el nacimiento hasta los 4 años de edad, puede ser demostrada como un retraso del desarrollo.

(Ejemplos de una discapacidad del desarrollo: retraso mental, autismo, parálisis cerebral, síndrome de down, lesión cerebral traumática.)

**En primer lugar en las familias de Piedmont del sur
c/o el arco del Condado de Union
1653-C Campus Park Drive
Monroe, NC 28112**

Cindy Carroll, director del capítulo
(704) 261-1550 ext 204 o 261-1554 (fax)

El solicitante o un miembro de su familia debe tener una discapacidad de desarrollo y residir en el Condado de Southern Piedmont para ser elegible para participar de "First in Families" Para acelerar el proceso complete toda la solicitud

**"First in Families of the Southern Piedmont"
... una cooperativa de asistencia a la familia
Solicitud**

Fecha: ____ / ____ / ____ Num. de Identificación. _____ Num. de Solicitud: _____

Nombre de la persona por quien se hace la solicitud: _____

**Dirección: _____ Código postal: _____

**Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F M Raza: _____

Teléfono (personal): _____ Teléfono (laboral): _____

Su nombre y vínculo a la persona por quien se hace la solicitud:

Nombre _____ Vínculo _____

Nombre y número de teléfono de otra persona a quien se le pueda contactar:

Nombre _____ Correo electrónico (e-mail) _____

Teléfono (personal): _____ Teléfono (laboral): _____

Ingreso familiar \$ _____ / anual _____ Bruto _____ Neto _____

Cantidad de familiares que residen en la vivienda: _____ Cantidad de adultos: _____

Cantidad de otros familiares con discapacidades que residen en la vivienda: _____

Diagnóstico o discapacidad de la persona por quien se hace la solicitud (debe ser bien específico):

¿Cómo se puede verificar este diagnóstico? ** _____

Indique los nombres y la información de contacto de los profesionales que brindan asistencia o los proveedores de servicios que trabajan con usted o su familiar para que el personal de "FIF" pueda procesar su solicitud de manera oportuna.

Nombre: _____ Nombre: _____

Puesto: _____ Puesto: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Describa **detalladamente** lo que necesita. Sea lo más específico posible respecto a su necesidad. (Se admiten adjuntos.)

//// Para uso de la Oficina ////

Rev. 1-05

Verified by: _____ Date: _____ Personnel of FIF: _____

Solicitud de “FIF” cont.

Indique todos los recursos y/o agencias comunitarias que brindan asistencia a su familia.
(Seleccione todas las casillas que correspondan.)

- | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Administración de casos | <input type="checkbox"/> AFDC | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Respite |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Terapia |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Foniatría | <input type="checkbox"/> Fisioterapia | |
| <input type="checkbox"/> Orientación profesional | <input type="checkbox"/> Educación especial | <input type="checkbox"/> Preescolar para el desarrollo | |
| <input type="checkbox"/> Intervención temprana | <input type="checkbox"/> Servicios de enfermería dentro del hogar | | |

Si la solicitud es para un/a niño/a por favor provea la siguiente información:

¿Esta el/la niño/a en cuidado diurno? **Sí** Nombre del proveedor de cuidado diurno: _____

O

¿Esta el/la niño/a en la escuela y **Sí** Nombre de la escuela: _____

en que grado? Grado _____

Indique las agencias o programas con los que se ha comunicado para ayudarle a satisfacer esta necesidad en particular: _____

¿Cómo se entero de “First in Families of Durham County”? _____

Indique cómo, a su criterio, se podría satisfacer su necesidad: _____

¿Para cuando precisa el (o los) recurso(s) para satisfacer su necesidad? _____

En nuestro esfuerzo por establecer una **cooperativa** entre las familias, los recursos comunitarios y la industria, le solicitamos que nos señale las destrezas, talentos y/o recursos que usted estaría dispuesto/a a donar a “The Arc of Union” y a las familias a que servimos; como por ejemplo; Intercambiar dos horas de cuidado infantil con otros padres, ofrecerse a trabajar como voluntario en las actividades de “The Arc of Union”, o brindar asistencia al personal de la oficina.

Al firmar debajo, confirmo que la información presentada arriba es correcta y que puede ser verificada. También doy mi consentimiento para que esta información se comparta con los miembros de el Equipo de Administración de Proyectos de “First in Families” (FIF). También comprendo y me comprometo a participar en el proceso de evaluación acerca de mi experiencia con “First in Families”.

Firma; _____ Fecha; _____

Firma de el/la padre/madre, tutor/a o la persona discapacitada, (si es mayor de 18 años y responsable de si mismo/a)

Por favor, responda a TODAS las preguntas de la solicitud conforme a su saber y entendimiento. Si requiere ayuda para responder a alguna pregunta o precisa otra solicitud o tiene alguna pregunta respecto a “First in Families of Southern Piedmont”, por favor comuníquese con:

Cindy Carroll, Family Support Director
Oficina: (704) 261-1550 Fax: (704) 261-1554
The Arc of Union County, 1653 C Campus Park Drive, Monroe, NC 28112