



For Internal Use Only
Date of Completed
Application _____
Duck # _____

Solicitud de Determinación de Elegibilidad

• Ni el formulario de solicitud de determinación de elegibilidad, ni la cita garantizan elegibilidad o que los servicios serán proporcionados.

Información del Cliente Potencial:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Actual acuerdo de vivienda (con quien vive actualmente):

Dirección Física: _____

Dirección postal: _____
(si es diferente de la física)

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono de Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Método preferido de Contacto: Teléfono Correo Electrónico

Sexo: Masculino Femenino Numero de Seguro Social: ____ - ____ - _____

Idioma Principal: _____

¿el cliente/consumidor potencial requiere un intérprete? Yes No

Estado de Ciudadanía: _____ Raza: _____

Información de Contacto Principal:

Cliente Potencial es el Contacto Principal

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Método preferido de contacto:

Teléfono Correo Electrónico

Quien está completando esta solicitud?

Nombre: _____ Relación _____



Servicios solicitados:

Coordinación de Servicios
Proporciona información y referencias para Servicios internos y externos (21+)

Apoyo Familiar
Servicios para cualquiera que actualmente viva con su familia

Vocacional
Apoyo para obtener y mantener empleo (21+)

Transición
Transición de la escuela secundaria- I&R para beneficios, recursos Etc. planificación de servicios después de la escuela secundaria (16-21)

Resprieve
Proporciona a la familia un corto descanso (3+)

Actividades del día
Ayudas para el cuidado personal, social y actividad comunitaria (21+)

Apoyo de la Comunidad
Apoyo por hora (21+)

Recreación
Recursos para la comunidad y/o Apoyo de Actividades

Apoyo en el Empleo
Apoyo continuo para obtener y mantener empleo (21+)

Consulta de Beneficios
Remisión y asistencia con beneficios estatales y federales

Representante de Beneficiario
Gestión fiscal de los fondos de Seguro Social y Medicaid

Servicios Residenciales
Apoyos para vivir fuera el hogar familiar (21+)

Modificación Ambiental
Adaptaciones del ambiente en el hogar relacionados con la discapacidad

Notas de Servicios Solicitados

Base para esta Aplicación:

Si el cliente potencial/consumidor ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes impedimentos, por favor marque todos los que apliquen.

- Discapacidad Intelectual Síndrome de Down Epilepsia
- Parálisis Cerebral Autismo Trastorno Convulsivo
- PDD (Trastorno Generalizado del Desarrollo)
- Incapacidad de Aprendizaje Específica (Por favor, especifique) _____
- Trastorno Cerebral Adquirido (Por favor, describa): _____

Otro diagnostico relevante o información (Por favor, especifique)

- Trastorno del Pensamiento Trastorno del Humor Trastorno de Conducta Disruptiva
- Trastorno de Ansiedad Desorden de Personalidad Condición Crónica de Salud

El cliente/consumidor ha alguna vez solicitado o recibido servicios de alguna agencia de servicios de desarrollo en New Hampshire? Si No

Si la respuesta es sí, bajo qué nombre: _____ Cuándo: _____



Si la respuesta es sí, por favor identifique la agencia de área más reciente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Region 1: Northern Human Services | <input type="checkbox"/> Region 6: Gateways Community Services |
| <input type="checkbox"/> Region 2: Pathways of the River Valley | <input type="checkbox"/> Region 7: Moore Center |
| <input type="checkbox"/> Region 3: Lakes Region Community Services | <input type="checkbox"/> Region 8: One Sky |
| <input type="checkbox"/> Region 4: Community Bridges | <input type="checkbox"/> Region 9: Community Partners |
| <input type="checkbox"/> Region 5: Monadnock Developmental Services | <input type="checkbox"/> Region 10: Community Crossroads |

Apoyos Residenciales:

Quién vive con el cliente potencial?

- El Personal Compañero de cuarto (pagado) Compañero de cuarto (no pagado)
 Familia propia (pagado) Familia propia (sin pago) Proveedor Residencial Vecino
pagado/con subsidio Vecino sin paga Ninguno Hogar de Acogida

Información sobre Referencia:

Quien le refirió a Gateways Community Services? Por favor, marque la casilla y especifique la agencia.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apoyos y Servicios Tempranos | <input type="checkbox"/> Bienestar Social de la Ciudad |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud y Servicios Humanos | <input type="checkbox"/> Religioso |
| <input type="checkbox"/> Agencia de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Soup Kitchen |
| <input type="checkbox"/> Amigos/Familiares | <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Médico Primario | <input type="checkbox"/> Padre/Usted mismo |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Usted mismo |
| <input type="checkbox"/> Cuido de Niños | <input type="checkbox"/> Escuela |

Agencia: _____

Relaciones:

(Marque todas la que aplican)

Contacto 1:

- Padre Guardian Legal Hermanos Manejador de Caso Otro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____



Contacto 2:

Padre Guardian Legal Hermanos Manejador de Caso Otro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono de Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto 3:

Padre Guardian Legal Hermanos Manejador de Caso Otro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto 4:

Padre Guardián Legal Hermanos Manejador de Caso Otro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Educativo/Empleo/Entrenamiento/Facilidades Residenciales (Comience con el más reciente):

Educativo Empleo/Entrenamiento Residencial

Nombre del lugar: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Dirección: _____

Educacional Empleo/Entrenamiento Residencial

Nombre del lugar: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Dirección: _____

Educacional Empleo/Entrenamiento Residencial

Nombre del lugar: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Dirección: _____



Educativo Empleo/Entrenamiento Residencial

Nombre del lugar: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Dirección: _____

Educativo Empleo/Entrenamiento Residencial

Nombre del lugar: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Dirección: _____

Proveedores de Servicios Médicos:

Contacto 1:

Médico Principal Especialidad _____

Nombre: _____

Nombre de Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono de Oficina: _____ Fax: _____

Contacto 2:

Médico Principal Especialidad _____

Nombre: _____

Nombre de Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono de Oficina: _____ Fax: _____

Contacto 3:

Médico Principal Especialidad _____

Nombre: _____

Nombre de Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono de Oficina: _____ Fax: _____

Contacto 4:

Médico Principal Especialidad _____

Nombre: _____

Nombre de Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono de Oficina: _____ Fax: _____



Información Médica:

Diagnóstico: _____

Fecha de examen físico más reciente: _____

Medicamentos corrientes:

Alergias: _____

Equipo Adaptable (Ex.lentes, silla-de-ruedas, prótesis de oído, iPad, etc.): _____

Hospitalizaciones (Médicas y Psiquiátricas):

Médica Psiquiátrica

Facilidad: _____ Fecha de Admisión: _____ Fecha de Alta: _____

Médica Psiquiátrica

Facilidad: _____ Fecha de Admisión: _____ Fecha de Alta: _____

Médica Psiquiátrica

Facilidad: _____ Fecha de Admisión: _____ Fecha de Alta: _____

Médica Psiquiátrica

Facilidad: _____ Fecha de Admisión: _____ Fecha de Alta: _____

Evaluaciones y Análisis:

* Cualquier evaluación detallada a continuación debe ser proporcionada para determinar la elegibilidad.

Fecha de la más Reciente:

Evaluación Psicológica: _____

Habilidades funcionales / Evaluación del Comportamiento Adaptativo: _____

Evaluación Escolar _____

IEP/504 _____

Otro (Por favor, especifique) _____ Fecha _____



Asuntos Jurídicos:

Incluya fechas, descripción del incidente, arrestos/detenciones, audiencia de competencia, el nombre del departamento de policía, el tiempo servido, probación juvenil, CHINS, etc.

Historia Psiquiátrica:

Incluya el tratamiento de salud mental, terapeuta, colocación residencial, etc.

Comportamientos significantes:

Qualquier informacion pertinente:



Información sobre Seguro Médico (cliente potencial/consumidor solamente):

Seguro Médico Privado Si No

Nombre del Suscriptor: _____

ID # _____

Medicare: Si No Reclamación # _____

Medicaid: Si No MID # _____

Managed Care Organization (MCO): New Hampshire Healthy Families Wellsense

Otras Agencias involucradas:

Bureau de Necesidades Médicas Especiales
Contacto: _____ Tel: _____

Gr Nashua Mental Health Center
Contacto: _____ Tel: _____

Depto. de Salud y Recursos Humanos de NH
Contacto: _____ Tel: _____

NH Rehabilitación Vocacional
Contacto: _____ Tel: _____

Bureau de Ancianos y Adultos
Contacto: _____ Tel: _____

División de Niños, Jóvenes y Familias
Contacto: _____ Tel: _____

Women's Infants Children (WIC)
Contacto: _____ Tel: _____

Rehabilitación Vocacional
Contacto: _____ Tel: _____