



First In Families of the Sandhills

Helping people with disabilities and their families to **Believe** in their dreams, **Achieve** their goals and **Give Back** to others.

Gracias por contactar con La Familia es Primero de los Sandhills (FIF por sus siglas en ingles). Una organización sin del Norte para atender sus necesidades aprovechando relaciones y recursos al igual que motivándoles a “apoyar” en sus comunidades

Favor de completar la aplicación adjunto y retornarla a nuestras oficinas atreves de fax, correo electrónico o en el correo regular.

Sea los mas especifico posible al explicar su necesidad. Si tiene alguna pregunta favor de llamar al numero en este formulario.

Una vez que recibimos su solicitud, se le contactará en tres días laborables para hacerle saber que fue recibida Cada personal determinara la elegibilidad y se comunicara con el solicitante para obtener cualquier información adicional si es necesario y para hablar sobre la solicitud. Espere al menos 30 días para procesar su solicitud.

Para ser elegible para la asistencia FIF debe:

- Cumplir con la elegibilidad de ingresos según el tamaño del hogar, consulte el cuadro a continuación. Tiene un miembro de la familia que vive en el hogar con un retraso en el desarrollo (de 0 a 4 años) o una discapacidad intelectual/del desarrollo o una lesión cerebral traumática; y
- Vive en Moore, Hoke, Richmond, Montgomery, Anson, Randolph, Lee, Harnett, or Guildford condados.

Una vez se determine la elegibilidad la encargada de recursos trabajará con usted para identificar claramente su necesidad y encontrar los recursos para ayudarle. La meta del personal de La Familia es Primero es de a ayudarle encontrar lo que necesita dentro de la comunidad y conectarle usted o miembros de su familia con esos recursos. Esto crea una colaboración entre usted, La Familia es Primero y la comunidad.

Por favor complete la solicitud que se encuentra incluida y enviarla a:

La Familia es Primero de los Sandhills
Attn: Christy Adams (no habla Español)
Teléfono: 910-692-8272
Fax: 910-692-4343
Correo Electrónico: christy@thearcofmoore.org
Dirección: P.O. Box 773
Southern Pines, NC 28388

| Tamaño del hogar | 300% FPG |
|------------------|-----------|
| 1 | \$40,770 |
| 2 | \$54,930 |
| 3 | \$69,090 |
| 4 | \$83,250 |
| 5 | \$97,410 |
| 6 | \$111,570 |
| 7 | \$125,730 |
| 8 | \$139,890 |

Notificación de practica de Privacidad de Primero en las Familia de los Sandhills

Esta notificación es efectiva a partir del 14 de abril del 2003. Esta notificación describe como su información médica podría ser usada y como usted puede tener acceso a esta información. Favor revisar cuidadosamente. Estamos requeridos por ley proteger su información médica. La ley nos requiere proteger la privacidad de información médica suya o que le identifique a usted. También se nos requiere notificarle sobre nuestras Prácticas de Privacidad, explicarles nuestras responsabilidades legales y sus derechos con relación a su información de salud. Debemos obedecer las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras este en efecto. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestra practica y los términos de esta notificación en cualquier momento, las provisiones de tales cambios están permitidos por la aplicación de la ley. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad y los términos de nuestra Notificación para con toda la información de salud que mantenemos, incluyendo información de salud que creemos u obtenemos antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad cambiaremos este Aviso y pondremos los nuevos cambios disponible a solicitudes. Usted puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento. Si tiene pregunta sobre la información en este Aviso o acerca de la Regla de Privacidad, procesos o prácticas, usted puede llamar al personal de FIFNC al 919-251-8368.

COMO PRODRIAMOS USAR Y RELEVER INFORMACION MEDICA SOBRE USTED EN CIERTAS CIRCUMSTANCIAS- nosotros usamos y revelamos información de salud sobre su tratamiento, pagos y transacciones de cuidado de salud.

Tratamientos: podríamos usar o revelar su información de salud a un médico u otros proveedores del cuidado a la salud que le este proveyendo tratamiento. **Pagos:** podríamos usar y revelar su información de salud para obtener pago por servicios que le proveemos. **Operaciones del Cuidado a la Salud:** podríamos usar y revelar su información de salud en conexión con nuestras operaciones de cuidado a la salud. Cuidado a la salud incluye evaluación cuantitativa y actividades de mejorar, revisión de competencia o cualificaciones de profesionales del cuidado a la salud, prácticas de evaluación proveedor de desarrollo, conducción de programas de entrenamientos, acreditación, certificación, licencia o credenciales de actividades. **Su Autorización:** a menos que usted nos autorice por escrito no podemos usar o revelar su información de salud por ninguna razón con excepción de lo descrito en esta Notificación. Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de salud usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o revelación de la misma para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización puede revocarla por escrito en cualquier momento. su revocación no afectar ningún uso o revelación permitida por su autorización mientras estuvo en efecto. **Revelación a Usted, su Familia o Amigos:** le debemos revelar su información de salud a usted de acuerdo con la Notificación de Derechos del Paciente. Podríamos revelar su información de salud a miembros de su familia, amigos u otra persona hasta el grado necesario para ayudarle con el cuidado de salud o con pagos por el cuidado de salud, pero solo si usted nos lo autoriza a hacerlo. **Personas involucradas con Su Cuidado:** podríamos usar o revelar su información de la salud para notificar o asistir a otros en notificar a un miembro de la familia, su representante persona u otra persona responsable de su cuidado o su localización, su condición general o muerte. Si usted está presente le proveeremos con una oportunidad de objetar a dicha revelación de la información de su salud antes de su uso o revelación. En caso de que usted quede incapacitado o tenga alguna emergencia médica nosotros revelaremos su información de salud en base a nuestra opinión personal que indique que tal revelación es directamente relevante para la acción de la persona en su cuidado médico. También usaremos nuestro criterio y experiencia profesional en tomar las decisiones para su bienestar permitiendo a una persona recoger las recetas listas, abastecimiento médico, radiografías o formas de información de salud similares. **Mercadeo relacionado a Servicios de Salud:** Nosotros no usaremos sin su autorización por escrito su información de salud para comunicación de mercadeo. **Requerido por la Ley:** Podríamos usar o revelar su información de Salud cuando se nos requiere por ley. **Abuso o Negligencia:** Podríamos revelar su información de salud para proporcionarle a las autoridades apropiadas si tenemos sospecha razonable de que usted está siendo víctima de abuso, negligencia, violencia domestica u otros crímenes. Revelaremos su información de salud al extremo necesario para prevenir amenazas serias en contra de su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros. **Seguridad Nacional:** podría ser revelada a las autoridades militares la información de salud de personal de Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podría revelarse a oficiales federales autorizados la información de salud requerida por leyes de inteligencia, espionaje y otras actividades de seguridad. Podríamos revelar información de salud a instituciones correccionales u oficiales de la ley que tengan custodia legal o protegida de un recluso o paciente bajo ciertas circunstancias. **Notificaciones de Citas:** podría ser revelada su información de salud para proveerle con notificación de citas (mensajes de vos, tarjetas o cartas). **DERECHOS DEL PACIENTE- Accesos:** usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su información de salud, con limitadas excepciones. Usted puede solicitar que le proveamos con copias en un formato más que fotocopias, usaremos el formato que usted solicite a menos que no podamos prácticamente hacerlo. Esta solicitud debe ser por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso de su proveedor de cuidado. Podríamos cobrarle un costo razonable de cuota para tales gastos como copias y tiempo del personal. Para detalles sobre cuando esta solicitud puede ser negada, favor de hablar con proveedor de cuidado. **Revelación de Cuenta:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros negocios asociados revelaron su información de salud para otro propósito aparte de tratamiento, pago, operación de cuidado de salud y ciertas otras actividades por los últimos 6 años, pero no antes de abril 14 del 2003. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota de pago razonable para responder a sus solicitudes adicionales. **Restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales en el uso o revelación de información de salud. No estamos requeridos a estar de acuerdo a estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nos sujetaremos a nuestro acuerdo (con excepción a una emergencia). (continua)

Comunicación Alternativa: usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre información de su salud por vías o ubicación alternativas (**Usted debe someter la solicitud por escrito**). Su solicitud debe especificar la vía o ubicación alternativa y proveer explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo las vías o ubicación alternativas solicitadas. **Enmiendas:** Usted tiene derecho a solicitar que le hagamos una enmienda a la información de su salud. (la solicitud debe ser por escrito y debe explicar porque la información debería ser enmendada). Podríamos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias. **Notificación Electrónicas:** Si usted recibió esta notificación en nuestro sitio de internet o por correo electrónico usted tiene derecho a recibir esta Notificación en un formulario por escrito si lo solicita. **PREGUNTAS Y QUEJAS:** si usted quiere más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones favor de contactar su proveedor de cuidado de salud o un personal de FIF al 910-692-8272. Si usted tiene preocupación de que hemos violado sus derechos de privacidad o si esta en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca del acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud usted haya hecho de enmienda o restricción del uso o revelación de su información de salud o para que nos comuniquemos con sus vías alternativas o ubicaciones alternativas usted puede hacer una queja con nosotros usando el contacto de información registrado en esta notificación. Usted podría someter una queja por escrito con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de US. Le proveeremos nuestra dirección para someter su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de US si lo solicita. Apoyamos sus derechos de privacidad de su información de salud. No emprenderemos en su contra en ninguna forma si usted decide someter una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de US. **Preguntas y Quejas** 910-692-8272.

**Favor de guardar esta
pagina**

Primero en Familias de los Sandhills – Aplica-



1. Información de la Familia y el Hogar

Quien esta completando esta aplicación: Padre/Guardián Solicitante Otros

Nombre: _____ E-mail _____ Condado _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Teléfono Principal _____ Cel. Home Teléfono Adicional _____ Cel. Home
 Contacto Secundario _____ Teléfono _____ E-Mail _____

(Trabajador de Caso, Coordinador de Cuidado, Etc.)

Podemos hablarles de su aplicación Si No

¿Cuántos viven en la casa? _____
 Adultos: _____ Niños/Adolescentes _____ Adultos de mas de 65 _____ Adultos con discapacidad (de 18 en adelante) _____
 ¿Como supo de nosotros? ¿Quien o que organización le refirió? _____
 ¿Alguno en su casa ha servido en la Fuerza Militar de los EEUU? Sí No Actualmente activo
 ¿Es usted un abuelo/a criando a sus nietos? Sí No Sí No

2. Ingreso del Hogar

| Ingreso** | ¿Con que frecuencia recibe un pago? |
|---|--|
| \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual |
| Manutención de Hijos \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual |
| SSDI o SSI (beneficios de seguro social por discapacidad) \$ _____ | Cupones de Alimentos/EBT \$ _____ |

**Por favor incluir en ingreso neto de TODOS en el hogar.

3. Información sobre el individuo para quien se aplica

Nombre: _____ Masculino Femenino
 Fecha de Nacimiento : _____ Raza/Grupo Étnico: _____
 Tipo de Residencia:
 En casa Hogar grupal Independiente AFL
 Otra _____
 Dirección (si es diferente): _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Cual Seguro medico tiene de quien se aplica?

- Medicare Seguro Privado Sin Seguro
 Medicaid (elegir proveedor de seguro) AmeriHealth Caritas
 Healthy Blue Unite Healthcare Well Care Carolina Complete Health
 Medicaid Waiver No esta seguro

4. Diagnóstico de Discapacidad

Favor de elegir cualquier diagnostico (s) que tenga el para quien se aplica.

| Diagnóstico: |
|---|
| <input type="checkbox"/> Riesgo de Retraso del Desarrollo (solo de 0-3 años de edad) |
| <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo (Solo de 0-4 años de edad) |
| <input type="checkbox"/> Retraso del Habla |
| <input type="checkbox"/> Retraso Motor |
| <input type="checkbox"/> Trastornos del Espectro Autista |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (Fetopatía alcohólica) |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del cromosoma X frágil |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular |
| <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Traumatismo Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Atípico |
| <input type="checkbox"/> Otro/Diagnósticos Secundarios: |
| ¿Cómo podemos confirmar el diagnóstico (requerido)? |

5. Servicios Recibidos al Momento

Los siguientes servicios podrían estar disponibles en la comunidad. Por favor marque si está recibiendo o si esta en la lista de espera para cualquier de lo siguiente.

| Servicio | Recibe | En lista de espera |
|--|--------------------------|--------------------------|
| SNAP/Estampillas de Alimentos/EBT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Control de Comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CAP-C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CAP-DA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Innovations/CAP-IDD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intervención Temprana /Desarrollo Preescolar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Terapia Ocupacional/ Terapia Física/ Terapia del Habla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apoyos/servicios en casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Servicios de Descanso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alojamiento de Sección 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Educación Especial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SSDI/SSI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SSI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rehabilitación Vocacional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TBI Medicaid Waiver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Usted o alguien en su casa ha experimentado alguna crisis en los pasados seis meses? Si No

Actualmente o en los pasados seis meses usted o alguien en el hogar ha experimentado?

Inseguridad alimenticia Violencia Interpersonal Trastornos no Relacionados Damnificado Crisis de Salud Mental

Enfermedad O Gasto Mayores por Enfermedad Perdida de Empleo/Ingresos Barreras Culturales/Idioma Muerte de proveedor de cuidado o Filia Desastre Natural Transición del Cuidado Temporal, Hogar en grupo, Refugio, Prisión

6. Por favor conteste las siguientes preguntas, y si quiere agregue hojas adicionales:

¿Cuál es su necesidad? (Por favor proporcione todos los detalles posibles, incluyendo vendedores de servicios y precios, si pertenece).

Podemos contactar al vendedor por usted? Si NO

Motivamos a quienes servimos que apoyen

¿Tiene algún talento o artículos que quisiera compartir con Primero en las Familias? (algunos ejemplos son)

- Abogar Mover Muebles Carpintería / trabajo manual Apoyo para Padres
 Recaudación de Fondos Voluntario (en proyectos de la sucursal) Voluntario (en el equipo de manejo)
 Ropa/Juguetes/Equipo/Aparatos para donar Cartas a Legisladores Otras ideas: _____

Con mi firma abajo, yo verifico que la información dada es acertada. Mi firma en esta aplicación también indica que yo comprendo que puedo recibir una encuesta de Primero en las Familias de los Sandhills preguntándome información del programa FIF (por sus siglas en ingles). Yo comprendo que si decido completar la encuesta, los resultados de la encuesta pueden ser compartidos con otros (anónimamente).

Aviso de Practicas de Privacidad de Primero en la Familia de los Sandhills. Este aviso es efectivo desde el 14 de Abril del año 2003.
Reconozco que he recibido una copia de FIFNC

Imprimir el Nombre

Firma del padre/guardián Solicitante

Fecha

Autorización para la entrega u obtención de información

Autorizo a Primero en las Familias de los Sandhills a compartir y recibir información verbal o por escrito sobre el solicitante arriba mencionado y sus necesidades de recursos. Esta información se usará para los propósitos de identificación de recursos para satisfacer las necesidades identificadas por la familia o el individuo.

Esta información puede incluir información medica, psicológica, social e información concerniente al nombre antes mencionado. Entiendo que esta autorización se mantendrá valida por un año a partir de la fecha de la firma.

Pero puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento con una notificación por escrita a Primero en las Familias de los Sandhills con excepción de la acción ya tomada.

Nombre del solicitante : _____

Fecha de nacimiento _____

Firma del Padre/Guardián/Solicitante

Fecha

Testigo

Fecha