

SOLICITUD DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN



Nos asociamos con las familias y comunidades de Illinois para ayudar a niños y jóvenes con necesidades especiales de salud a conectarse con los servicios y recursos.

Cómo lo ayudamos a usted y a su hijo depende de sus necesidades y preferencias. Nuestra coordinación de atención puede apoyarlo en las siguientes áreas:

- » Comunicarlo con atención especializada y otros servicios de salud
- » Se asocian con los médicos para mantener el equipo de atención médica informado
- » Desarrollar un plan de servicios para ayudar con sus necesidades
- » Comunicarlo con otros servicios y grupos en su comunidad
- » Aprender acerca de los derechos, incluyendo los derechos de intervención temprana o educación
- » Encuentran respuestas a sus preguntas
- » Lo ayudan a usar su seguro de salud o All Kids/Medicaid
- » Colaborar con la escuela para atender las necesidades especiales de salud
- » Aprender acerca de las condiciones médicas diagnosticadas
- » Abogar cuando se presenten obstáculos en el camino de conseguir la atención
- » Enlace con otros jóvenes/padres
- » Coordinar la atención y servicios

Para más información o ayuda para completar esta solicitud, póngase en contacto con nosotros al:

V: (800)322-3722 TTY: (217)785-4728 F: (217) 558-0773

dsc.uic.edu





Usted puede ponerse en contacto con nosotros al.

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE

Información del Niño/Joven

Nombre Legal (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre) Fecha de nacimiento (Mes) / (Día) / (Año)

Dirección

Ciudad Estado Código Postal Condado

¿Vive en Illinois? ¿Es ciudadano de Estados Unidos? ¿Ha sido admitido de forma permanente a EE. UU.?

Sexo: Varón Mujer

Raza: (opcional)

Indo Americano o Nativo de Alaska Asiático Raza Negra o Afroamericano Hispano/Latino Nativo de Hawaii o de Otras Islas del Pacífico Blanco Otro

Padre o tutor legal aplicando (generalmente es la persona que está llenando el formulario)

Nombre Legal (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Parentesco: Padre Madre Otro

Teléfono (Casa) (Trabajo) (Celular)

Número de teléfono preferido Casa Trabajo Celular Dirección De Correo Electrónico

Mejor Hora Para Llamar

Dirección: Verifique si mismo que el anterior

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

¿Vive en Illinois? ¿Es ciudadano de Estados Unidos? ¿Ha sido admitido de forma permanente a EE. UU.?

¿Qué idioma usa principalmenter? Inglés Español Otro

Lea Esto y Firme

Certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es correcta, a mi leal saber y entender. Además, certifico que estoy autorizado legalmente para tomar decisiones y proporcionar atención médica especial para la cual estoy presentando esta solicitud.

Recibí el aviso de las normas de privacidad Me ofrecieron el documento de las normas de privacidad, pero las rehusé porque

Firma de la persona que está aplicando

Fecha

DSCC NUMBER: OFFICE USE ONLY