

Division of Specialized Care for Children

DEMANDE POUR LE PROGRAMME DSCC



Nous faisons un partenariat avec les familles et communautés de l'Illinois afin d'aider les enfants et les jeunes ayant des besoins de santé spéciaux à se mettre en relation avec les services et les ressources.

La manière dont nous vous aidons, vous et vos enfants, dépend de vos besoins et préférences spécifiques. Notre coordination de soins peut vous aider dans les domaines suivants:

- » Vous mettre en relation avec des soins spécialisés et autres services de santé
- » Agir en partenariat avec les docteurs pour garder informée l'équipe de santé
- » Développer un programme de soins centré sur les forces et objectifs de votre famille
- » Localiser les opportunités et ressources de financement dans la communauté
- » Travailler avec des écoles pour répondre aux besoins de votre enfant
- » Trouver les réponses à vos questions
- » Vous aider à maximiser votre assurance et à comprendre votre couverture/vos avantages
- » Avoir accès à des tests de dépistage
- » Découvrir les conditions et traitements des diagnostics de santé prononcés
- » Aider au niveau des transports pour les rendez-vous
- » Vous mettre en contact avec d'autres jeunes et parents
- » Préparer la transition vers l'âge adulte

Pour plus d'informations, ou pour recevoir de l'aide pour remplir cette emande, contactez-nous:

T: (800) 322-3722

F: (217) 558-0773

dsccl.uic.edu



Toutes les informations relatives à cette demande resteront confidentielles, sauf si vous nous donnez l'autorisation écrite de les divulguer.

VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT EN MAJUSCULES

Quels sont les problèmes de santé de votre enfant? _____

De quel type d'aide avez-vous besoin de la part du DSCC ? _____

Informations sur L'enfant/Le Jeune (Participant)

Nom Légal _____ Date de naissance _____ / _____ / _____
(Nom de Famille) (Prénom) (Deuxième Prénom) (Mois) (Jour) (Année)

Adresse _____

Ville _____ État _____ Code Postal _____ Comté _____

Vit dans l'Illinois? Oui Non

Sexe: Masculin Féminin

Race/Ethnie: (facultatif)

- Amérindien ou natif d'Alaska Hispanique/Latino Autre
 Asiatique/Asiatique américain Africain du Moyen-Orient/Nord Blanc/Européen américain
 Noir ou Afro-américain Natifs d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique

Adulte demandeur juridiquement responsable (En général la personne remplissant le formulaire)

Nom Légal _____
(Nom de Famille) (Prénom) (Deuxième Prénom)

Relation: Le Père La Mère Le représentant légal Indépendant (si âgé de 18 ans ou plus, marié ou émancipé)

Téléphone () _____ () _____ () _____
(Domicile) (Travail) (Cellulaire)

Numéro de Téléphone Préféré Domicile Travail Téléphone cellulaire Adresse e-mail _____

Meilleur moment pour contacter _____

Adresse: Cocher si identique à précédente

Adresse _____

Ville _____ État _____ Code Postal _____

Quelle langue préférez-vous? Anglais Espagnol Autre _____

Merci de Lire et Signer

Je certifie que les informations communiquées dans cette demande sont correctes au mieux de mes connaissances. Je certifie, de plus, avoir juridiquement le droit de prendre des décisions au sujet des soins médicaux spéciaux nécessaires pour lesquels j'envoie cette demande.

- J'ai reçu la Notice des Pratiques de confidentialité
 On m'a proposé la Notice des Pratiques de confidentialité, mais j'ai refusé car _____

Signature de L'adulte Demandeur Juridiquement Responsable

Date