

# SOLICITUD DEL PROGRAMA DSCC



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

Podemos ayudarle a usted y a su hijo(a) dependiendo de sus preferencias y necesidades específicas. Nuestra coordinación de cuidados puede ayudarle en los siguientes aspectos:

- » Conectarle con atención especializada y con otros servicios de salud
- » Asociarse con los médicos para mantener a su equipo de salud informado
- » Desarrollar un plan de cuidados centrados en las fortalezas y metas de la familia
- » Buscar oportunidades de financiación comunitaria y recursos
- » Trabajar con las escuelas para hacer frente a las necesidades de su hijo(a)
- » Encontrar respuestas a sus preguntas
- » Ayudarle a maximizar su seguro y a entender su cobertura/beneficios
- » Acceder a pruebas de diagnóstico
- » Aprender sobre condiciones de salud y tratamientos diagnosticados
- » Ayudarle con el transporte a las citas
- » Conectarlos con otros jóvenes y padres
- » Prepararse para la transición a la edad adulta

Contáctenos para obtener más información o ayuda para completar esta solicitud:

**T: (800) 322-3722**

**F: (217) 558-0773**

**dsccl.uic.edu**





Toda la información en esta solicitud será confidencial a menos que nos proporcione su permiso por escrito. (POR FAVOR ESCRIBA CON CLARIDAD)

¿Cuáles son las preocupaciones de salud de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ayuda está buscando de la DSCC? \_\_\_\_\_

**Información del Niño(a)/Joven (Participante)**

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

Dirección de la Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

¿Vive en Illinois?  Sí  No

Sexo:  Masculino  Femenino

Raza/Etnia: (opcional)

- Indo Americano o Nativo de Alaska  Hispano/Latino
- Asiático  Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico
- Negra o Afroamericano  Blanco

**Adulto Legalmente Responsable que Presenta la Solicitud (suele ser la persona que llena el formulario)**

Nombre Legal \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Relación:  Padre  Madre  Tutor Legal  Por sí Mismo (si tiene más de 18 años, está casado o emancipado legalmente)

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Número de Teléfono Preferido  Casa  Trabajo  Correo electrónico \_\_\_\_\_

Celular Mejor Hora para Contactarlo \_\_\_\_\_

Dirección:  Marque si es la Misma de Arriba

Dirección de la Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Qué idioma prefiere?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

**Por Favor Lea y Firme**

**Certifico que la información brindada en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Certifico además que estoy facultado legalmente para tomar decisiones y proporcionar los cuidados médicos especiales necesarios que presento en esta solicitud.**

- He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad
- Me ofrecieron el Aviso de Prácticas de Privacidad, pero lo rechacé porque \_\_\_\_\_

**Firma del adulto legalmente responsable de la solicitud**

**Fecha**

**NUMERO DSCC:** \_\_\_\_\_  
 SOLO PARA USO DE OFICINA