

Division of Specialized Care for Children

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

dsc.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 nombre) (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 Otro
 Asiático/Asiático-Americano Mediorienta/Norteafricano Blanco/Europeo-Americano
 Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico

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 Celular Correo electrónico _____

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