|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Logo  Description automatically generated**   Children and Family Services  11177 W. 8th Avenue Lakewood, CO 80215-5575 303.233.3363 Fax 303.462.6697 [www.ddrcco.com](http://www.ddrcco.com) | | |
| **FAMILY SUPPORT SERVICES REQUEST /** **SOLICITUD DE SERVICIOS DE APOYO FAMILIAR** | | |
| **Fecha de solicitud:** | | |
| **Información de la persona elegible (1)** | | |
| Nombre: | Fecha de nacimiento: | |
| Dirección: | País de residencia: | |
| Discapacidad, condiciones médicas: | | |
| Otros programas inscritos en: | | |
| **Información de la persona elegible (2) (si corresponde)** | | |
| Nombre: | | Fecha de nacimiento |
| Dirección: | | País de residencia: |
| Discapacidad, condiciones médicas: | | |
| Otros programas inscritos en: | | |
| **numere a todos los demás con quienes reside la persona:** | | |
| **Nombre** | **Relación/y edad si es menor de 18 años** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Información del contacto** | | |
| Nombre de contacto principal: | Teléfono de contacto principal: | |
| Correo electrónico de contacto principal: | | |
| Nombre de contacto adicional: | Teléfono de contacto adicional: | |
| Correo electrónico de contacto adicional: | | |
| Dirección principal de la casa: | | |
| Dirección residencial secundaria (si corresponde): | | |

|  |
| --- |
| **Nombre de la(s) persona(s) elegible(s):** |
| **Servicios FSSP: marque los servicios que está solicitando (elija todos los que correspondan):** |
| **Tecnología de asistencia:** equipo necesario para que la persona con un IDD o retraso en el desarrollo se comunique, se mueva, manipule su entorno o permanezca seguro en el hogar familiar.  **Ingeniería Ambiental:** Modificaciones necesarias en el hogar o el vehículo para aumentar la accesibilidad, la independencia o la salud y la seguridad.  Servicios médicos, dentales y de la vista (debe ser proporcionado/recetado por un profesional médico con licencia)  Otra  Consultor y/o defensor de las necesidades relacionadas con la discapacidad  Necesidades recreativas de la persona (límite de $600), pase familiar al centro recreativo comunitario (límite de $650)  Servicios especializados (Proporcione detalles en el cuadro a continuación). Dietas especializadas, vitaminas o suplementos con prescripción médica  Apoyo para padres y hermanos: materiales de recursos, costo del cuidado de los hermanos mientras se abordan las necesidades de discapacidad del miembro de la familia elegible, conferencias, capacitación, asesoramiento relacionado con el impacto de la discapacidad.  Servicios profesionales: la terapia, el asesoramiento y la atención de enfermería pueden incluir elementos o actividades de apoyo relacionados que se recomiendan como parte de la terapia.  Respiro: Cuidado temporal del familiar con discapacidad para brindar alivio a la familia  Transporte: Kilometraje y otros costos relacionados con el acceso a los servicios de discapacidad (costo de viaje, alojamiento, gastos de comida) |
| **Describa las necesidades y preocupaciones de su familia y cómo los servicios serán útiles. Incluya cualquier costo conocido o estimado. Adjuntar recibos si corresponde.** |
|  |