



Children and Family Services
11177 W. 8th Avenue Lakewood, CO 80215
Voice 303.462.6697 Fax 303-4626697
www.ddrcco.com

Sirviendo a los Condados de Jefferson, Clear Creek, Gilpin y Summit

Para: Familias que son elegibles para Programas de Servicios de Apoyo Familiar (FSSP)

De: Susan Johnson, Directora de los Servicios para Niños y Familias

To: *Families eligible for the DDRC Family Support Services Program (FSSP)*

From: *Susan Johnson, Children and Family Services Director*

Re: Fondos disponibles para el Año Fiscal de Julio 2018 hasta Junio 2019

Esta carta explica el proceso para solicitar fondos para este año fiscal Julio 1, 2018 hasta Junio 30, 2019. Si usted quiere solicitar fondos debe completar el Encuesta de Mayor Necesidad (MIN) del Programa Apoyo Familiar (FSSP). **Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el cuestionario por favor comuníquese con su Coordinador de Recursos (RC)**. Si usted no sabe el nombre de su RC, por favor llame Jessica Leon-Alvarez en 303-462-6576. Jessica habla español.

This letter explains the process for requesting funding this fiscal year. If you want to be considered for funding, you must complete the attached Family Support Services Program (FSSP) Most In Need (MIN) Assessment. If you have any questions, or would like assistance in completing the questionnaire, please contact your Resource Coordinator (RC). If you don't know the name of your RC, please call Jessica Leon-Alvarez at 303-462-6576. Jessica speaks Spanish.

Programa Estatales para Servicios de Apoyo Familiar (FSSP) y Fondos para los Servicios de los Niños y

Familias de Jeffco (JCFS) El programa de servicios de apoyo familia (FSSP) está destinado a ayudar a las familias con los costos más allá de los experimentados normalmente por otras familias, para evitar o retrasar costosas fuera de casa colocaciones y reducir el estrés. Apoyo a la familia proporciona financiación a la discapacidad de dirección relacionados con las necesidades, así como coordinación información, apoyo y recursos. Elegibilidad para FSSP no está basado en ingresos. *The Family Support Services Program (FSSP) is intended to assist families with costs beyond those normally experienced by other families, to avoid or delay costly out of home placements and reduce stress. Family Support provides funding to address disability related needs, as well as information, support and resource coordination. Eligibility for FSSP is not income based.*

Para solicitar los fondos, las familias deben llenar a una familia apoyo necesita evaluación cuestionario (FSNAQ) cada año. Las familias que se consideran "más necesitados" en relación con otras familias pueden recibir fondos del programa de servicios de apoyo familiar. Total nivel de necesidad se basa en necesidades de atención, comportamiento, composición de la familia y estabilidad, acceso a redes y otros recursos, así como su necesidad para una familia apoya permitida del servicio de apoyo de su hijo. *To request funds, families must fill out a Family Support Most In Need Assessment each year. Families who are considered to be "most in need" relative to other families may receive Family Support Services Program funds. Overall level of need is based on your child's care needs, behavior, family composition and stability, access to support networks and other resources, as well as your need for an allowable Family Support service.*

Las familias que no se consideran "más necesitados" para fondos FSSP pueden ser elegibles para fondos de fin de año a través del fondo de Jeffco CFS (JCFS). Los destinatarios de los fondos JCFS deben ser Jeffco residentes, debido a que estos fondos son de una contribución de molino sobre Jeffco propietarios. CFS Jeffco fondos pueden estar disponibles en la primavera. *Families who are not considered "most in need" for FSSP funds may be eligible for year end funds through the Jeffco CFS Fund (JCFS). Recipients of JCFS funds must be Jeffco residents, because these funds are from a mill levy on Jeffco property owners. Jeffco CFS Funds may be available between January and June 2019.*

Paso 6. Envíe por correo o entregar personalmente la familia apoyo necesita evaluación cuestionario. **Step 6.**
Mail, or hand-deliver the completed Family Support Most In Need Assessment and Funding Request to:

**DDRC/CFS 11177 W. 8th Ave Suite 300 Lakewood, CO 80215 o
FSSPMIN@ddrcco.com Subject Line: FSSPMIN**

Su coordinador de recursos revisará la información que usted proporciona. Una visita a su hogar puede ser necesaria como parte del proceso de evaluación. Las decisiones de financiación se realizará durante todo el año, mientras la financiación está disponible. Se le notificará por escrito cuando se ha tomado una decisión de financiación. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, póngase en contacto con su coordinador de recursos o Jessica Leon-Alvarez al 303-462-6576. *Your Resource Coordinator will review the information you provide. A visit to your home may be necessary as part of the assessment process. Funding decisions will be made throughout the year, as long as funding is available. **You will be notified in writing when a funding decision has been made.** If you have any questions, or need assistance, please contact your Resource Coordinator or Jessica Leon-Alvarez at 303-462-6576.*

Deseamos poder trabajar con usted. *We look forward to working with you.*

Susan Johnson 303 462-6612
Directora de los Servicios para Niños y Familias

cada opción. Su puntuación de recursos restada de su puntaje de necesidades es igual a su puntaje para esa sección. Por favor, compruebe los recursos que los miembros de la familia reciben en el hogar y considere los recursos al llenar este formulario.

Encuesta de Mayor Necesidad (MIN) del Programa Apoyo Familiar (FSSP)

Nombre del Solicitante: _____
 Nombre de la operación agrícola: _____

Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____

¿Cuál es tu relación con el interesado? _____

Diagnóstico: _____

Instrucciones: En cada sección, favor de marcar la opción que, en su opinión, mejor describe la discapacidad intelectual/del desarrollo o retraso en el desarrollo de su miembro de familia. Debe haber una marca en cada sección titulada “Necesidades” y “Recursos”. El número a la izquierda es la puntuación para cada opción. Su puntuación de recursos restada de su puntaje de necesidades es igual a su puntaje para esa sección. Por favor, compruebe los recursos que los miembros de la familia reciben en el hogar y considere los recursos al llenar este formulario.

	Home and Community Based Services	Medicaid Waiver	CES	SLS	EBD	CWA	CHCBS	CLLI	BI	SCI
<input type="checkbox"/>	Private health insurance	<input type="checkbox"/>	Early Intervention (0 thru 2)				Family Income			
<input type="checkbox"/>	Medicaid	<input type="checkbox"/>	WIC			<input type="checkbox"/>	LEAP			
<input type="checkbox"/>	Medicaid Buy-In Program	<input type="checkbox"/>	Home Care Allowance (HCA)			<input type="checkbox"/>	TANF			
<input type="checkbox"/>	Child Health Plan Plus (CHP+)	<input type="checkbox"/>	Quest Card			<input type="checkbox"/>	Section 8 Housing			
<input type="checkbox"/>	SSI	<input type="checkbox"/>	Commodities			<input type="checkbox"/>	Special Needs Trust			

MOVILIDAD

Necesidades

Considere equilibrio, coordinación y nivel de asistencia que se necesita para movilidad/traslados; compare al desarrollo típico, según la edad

0	<input type="checkbox"/>	La persona puede caminar independientemente; movilidad no está limitada, tiene el uso completo de sus manos y pies.
1	<input type="checkbox"/>	La persona puede caminar con poca asistencia, tiene el uso de sus manos y pies.
2	<input type="checkbox"/>	La persona no puede caminar; tiene uso limitado de sus manos y pies; puede ayudar parcialmente con traslados; peso/ tamaño no es un problema.
3	<input type="checkbox"/>	La persona no puede caminar o moverse independientemente; no puede ayudar con traslados y/o su peso/tamaño los hace difíciles.
Comentarios:		

Recursos

Considere acceso al equipo adaptativo, terapias, apoyo de otras personas/agencias, fuentes de fondos

4	<input type="checkbox"/>	Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia.
3	<input type="checkbox"/>	Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales
2	<input type="checkbox"/>	Necesidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para atender la necesidad. Ninguna o baja necesidad de fondos FSSP.
1	<input type="checkbox"/>	Necesidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estrés financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios.
0	<input type="checkbox"/>	Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estrés emocional, físico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos.
Comentarios:		

CUIDADO MÉDICO/ENFERMERO (Incluyendo audición y visión)

Necesidades

Compare al desarrollo típico

0	<input type="checkbox"/>	La persona no necesita más cuidado médico que las citas rutinarias.
2	<input type="checkbox"/>	La persona necesita más cuidado médico que las citas rutinarias.
4	<input type="checkbox"/>	La persona necesita cuidado médico por una enfermedad aguda o frecuente o condición médica.
6	<input type="checkbox"/>	La persona tiene necesidades médicas que considerablemente afectan su habilidad de participar en casa, escuela y actividades en la comunidad
Comentarios:		

Recursos

Considere suficiente cobertura médica, acceso a la asistencia médica, etc.

4 <input type="checkbox"/>	Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia.
3 <input type="checkbox"/>	Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales
2 <input type="checkbox"/>	Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para atender la necesidad. Ninguna o baja necesidad de fondos FSSP.
1 <input type="checkbox"/>	Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios.
0 <input type="checkbox"/>	Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos.
Comentarios:	

TRANSPORTE

Necesidades

Considere: ¿Está equipado el vehículo para la persona con la discapacidad intelectual/del desarrollo? ¿Es difícil el transporte? ¿Pasa tiempo excesivo transportando para citas médicas?

0 <input type="checkbox"/>	La persona/familia tiene una situación típica de transporte.
1 <input type="checkbox"/>	La participación de la persona/familia en la casa, escuela o actividades en la comunidad se interrumpe por lo menos una vez por semana como resultado de la falta de transporte.
2 <input type="checkbox"/>	La participación de la persona/familia en la casa, escuela o actividades en la comunidad se interrumpe más que una vez por semana como resultado de la falta del transporte.
3 <input type="checkbox"/>	La persona/familia no tiene ningún acceso fiable al transporte.
Comentarios:	

Recursos

Considere rampas, adaptaciones al vehículo, y apoyo de otras personas/agencias

4 <input type="checkbox"/>	Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia.
3 <input type="checkbox"/>	Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales
2 <input type="checkbox"/>	Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para atender la necesidad. Ninguna o baja necesidad de fondos FSSP.
1 <input type="checkbox"/>	Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios.
0 <input type="checkbox"/>	Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos.
Comentarios:	

CUIDADO PERSONAL (alimentación, bañarse, vestirse, usar el inodoro)

Necesidades

Compare al desarrollo típico, según la edad

0 <input type="checkbox"/>	La persona siempre puede completar actividades de cuidado personal.
1 <input type="checkbox"/>	La persona necesita recordatorios verbales para empezar/completar algunas de las actividades diarias.
2 <input type="checkbox"/>	La persona necesita asistencia física para completar la mayoría de las actividades diarias.
3 <input type="checkbox"/>	La persona necesita cuidado completo y no es típico según su edad.
Comentarios:	

Recursos

Considere la disponibilidad del apoyo de miembros de la familia, vecinos, amigos y agencias

4 <input type="checkbox"/>	Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia.
3 <input type="checkbox"/>	Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales
2 <input type="checkbox"/>	Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para atender la necesidad. Ninguna o baja necesidad de fondos FSSP.
1 <input type="checkbox"/>	Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios.
0 <input type="checkbox"/>	Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos.
Comentarios:	

SUPERVISIÓN

Necesidades

Compare al desarrollo típico, según la edad

0 <input type="checkbox"/>	La persona necesita supervisión típica según su edad.
2 <input type="checkbox"/>	La persona necesita supervisión ocasionalmente.
4 <input type="checkbox"/>	La persona necesita supervisión frecuentemente.
6 <input type="checkbox"/>	La persona necesita supervisión continuamente (nunca puede estar solo sin supervisión)
Comentarios:	

Recursos

Considere cuidado compartido entre otras personas en el hogar, apoyo de miembros de la familia, amigos, vecinos y agencias

4 <input type="checkbox"/>	Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia.
3 <input type="checkbox"/>	Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales
2 <input type="checkbox"/>	Necesidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para atender la necesidad. Ninguna o baja necesidad de fondos FSSP.
1 <input type="checkbox"/>	Necesidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estrés financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios.
0 <input type="checkbox"/>	Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estrés emocional, físico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos.
Comentarios:	

COMPORTAMIENTO

Necesidades

Considere comportamiento inapropiado contra sí mismo, otros y/o propiedad, huir, vagar, llorar/gritar espontáneamente; compare al desarrollo típico según la edad

0 <input type="checkbox"/>	Ninguna preocupación en cuanto al comportamiento.
2 <input type="checkbox"/>	Hay preocupaciones leves en cuanto al comportamiento. Pueda necesitar recordatorios verbales, redirección o supervisión pero generalmente no resulta en daño a sí mismo, otras personas o propiedad.
4 <input type="checkbox"/>	Hay preocupaciones moderadas en cuanto al comportamiento. Demuestra comportamiento inapropiado que arriesga a sí mismo y/o otras personas; necesita intervención por lo menos semanalmente.
6 <input type="checkbox"/>	Hay preocupaciones serias en cuanto al comportamiento. Demuestra comportamiento inapropiado que arriesga a sí mismo y/o otras personas; necesita intervención diariamente.
Comentarios:	

Recursos

Considere alivio a los cuidadores, terapias, apoyo de otras personas/agencias

4 <input type="checkbox"/>	Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia.
3 <input type="checkbox"/>	Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales
2 <input type="checkbox"/>	Necesidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para atender la necesidad. Ninguna o baja necesidad de fondos FSSP.
1 <input type="checkbox"/>	Necesidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estrés financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios.
0 <input type="checkbox"/>	Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estrés emocional, físico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos.
Comentarios:	

SUEÑO

Necesidades

Compare a hábitos de sueño que son apropiados según la edad

0 <input type="checkbox"/>	Ningún problema para dormir.
1 <input type="checkbox"/>	Hay trastornos leves en los hábitos de sueño que ocurren aproximadamente una vez por semana.
2 <input type="checkbox"/>	Hay trastornos moderados en los hábitos de sueño que ocurren entre dos y cinco veces por semana.
3 <input type="checkbox"/>	Hay trastornos serios en los hábitos de sueño que requieren mucha intervención durante la noche.
Comentarios:	

Recursos

Considere cuidado compartido entre otras personas en el hogar, descansos de supervisión, somníferos/medicamentos, ambiente modificado para dormir

4 <input type="checkbox"/>	Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia.
3 <input type="checkbox"/>	Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales
2 <input type="checkbox"/>	Necesidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para atender la necesidad. Ninguna o baja necesidad de fondos FSSP.
1 <input type="checkbox"/>	Necesidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estrés financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios.
0 <input type="checkbox"/>	Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estrés emocional, físico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos.
Comentarios:	

COMUNICACIÓN

Necesidades

Compare al desarrollo típico según la edad

0 <input type="checkbox"/>	Ninguna preocupación en cuanto a la comunicación.
----------------------------	---

1 <input type="checkbox"/>	Hay preocupaciones leves en cuanto a la comunicación. Necesidades y deseos son cubiertos regularmente a través de comunicación verbal limitada con personas conocidas y también desconocidas.
2 <input type="checkbox"/>	Hay preocupaciones moderadas en cuanto a la comunicación. Usa otros modos para comunicar como gestos, PECS o un aparato; entendido sólo por personas conocidas.
3 <input type="checkbox"/>	Hay preocupaciones serias en cuanto a la comunicación. Tiene habilidades limitadas o inconsecuentes para comunicarse con otras personas.
Comentarios:	

Recursos

Considere la disponibilidad de aparatos de comunicación, lenguaje de señas, y el entendimiento del cuidador sobre lenguaje personal/gestos/expresiones

4 <input type="checkbox"/>	Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia.
3 <input type="checkbox"/>	Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales
2 <input type="checkbox"/>	Necesidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para atender la necesidad. Ninguna o baja necesidad de fondos FSSP.
1 <input type="checkbox"/>	Necesidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estrés financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios.
0 <input type="checkbox"/>	Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estrés emocional, físico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos.
Comentarios:	

ACCESO A GRUPOS DE APOYO**Necesidades**

Compare a las rutinas familiares típicas, actividades/ocio, y participación en la comunidad

0 <input type="checkbox"/>	Estas cosas no se afectan porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.
1 <input type="checkbox"/>	Estas cosas se afectan un poco porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.
2 <input type="checkbox"/>	Estas cosas se afectan moderadamente porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.
3 <input type="checkbox"/>	Estas cosas se afectan extremadamente porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.
Comentarios:	

Recursos

Considere cuidado compartido entre otras personas en el hogar, apoyo de parientes/amigos, la iglesia, organizaciones comunitarias, y agencias

4 <input type="checkbox"/>	Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia.
3 <input type="checkbox"/>	Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales
2 <input type="checkbox"/>	Necesidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para atender la necesidad. Ninguna o baja necesidad de fondos FSSP.
1 <input type="checkbox"/>	Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estrés emocional, físico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos.
0 <input type="checkbox"/>	Necesidades no son cubiertas. Incapaz de satisfacer la necesidad sin un estrés emocional, físico o financiero significativo. Explique a continuación.
Comentarios:	

COMPOSICIÓN Y ESTABILIDAD FAMILIAR

Favor de marcar la caja que mejor representa la situación de su familia/hogar.	N/A	Leve	Moderado	Alto
	0	1	2	3
Relaciones dentro de la familia son tirantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay otros niños o adultos con discapacidades/retrasos/enfermedades en la casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos demuestran indicaciones de estrés como resultado del miembro de la familia con una discapacidad intelectual/del desarrollo que vive en la casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuestra familia es responsable por parientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos doce meses, hubo un/a divorcio, separación, muerte o nuevo miembro de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las actividades de la familia se centran en las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo. El cuidador pasa mucho tiempo coordinando las varias necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DDRC FSSP**MIN Assessment**

El cuidador pasa tiempo excesivo fuera del trabajo para cubrir las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/desarrollo. El cuidador tuvo que dejar el trabajo o no puede trabajar debido a las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo. El cuidador pasa mucho tiempo coordinando las varias necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay dificultades adicionales debido a la edad/salud del cuidador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El cuidador tiene dificultades adicionales porque la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo está en la casa todo el día (no escuela/alivio a los cuidadores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios:				

Otros comentarios

Según mi leal saber y entender, certifico que la información en este formulario es verdadera.

Firma de la persona que llenó el formulario

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre de los padres	
Dirección de los padres	
Condado	
Número de teléfono	

Favor de devolver esta encuesta a: Fax: 303-462-6697 o Email FSSPMIN@ddrcco.com Línea de asunto FSSP MIN
o Correo: Mail: DDRC/CFS

11177 West 8th Avenue
Lakewood, CO 80215

Las familias son elegibles para el Programa de Servicios de Apoyo Familiar (FSSP) si tienen un familiar con un retraso del desarrollo o discapacidad que viven en el hogar. El proceso de evaluación de la Mayoría en Necesidad (MIN) determina el nivel de la necesidad de la familia usando FSSP por lineamientos del estado. Para matricularse en FSSP deben completar el formulario MIN. Las familias inscritas en FSSP tienen prioridad de financiación basado en su puntaje total de MIN, a menos que su familiar ya esté inscrito en una dispensa de Medicaid o servicios de intervención temprana. DDRC considera un individuo inscrito en CES, SLS o la dispensa de Medicaid de EBD como "menos necesitados" independientemente de su puntuación de MIN. Los niños inscritos en otros programas tendrán su nivel de necesidad determinada sobre una base individual. La cantidad de fondos aprobados se basa en los servicios solicitados y fondos disponibles. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario póngase en contacto con su coordinador de recursos, o Jessica Leon en 303-462-6576, jessica.leon-alvarez@ddrcco.com.

Admin Use Only Below this line

Date Received MIN:

Date Letter Sent:

MIN Score:

MIN Level:

Low (0-19) Moderate (20-39) High (40+)

Plan de Apoyo Familiar

Julio 2018 hasta Junio 2019

Sección A. Información de Identificación Persona que reúne los requisitos necesarios:

Nombre: <i>Name</i>	Segundo Nombre (middle):	Apellido (last name):
Telefono:	Fecha de nacimiento (DOB):	Sexo: Masculino / Femenino (Male/Female)
Domicilio: <i>Address</i>	Cuidad: <i>City</i>	Código Postal:
Coordinador de Recursos (Resource Coordinator):		Condado: <i>County</i>

Diagnóstico/ medicos problemas:

Reclutados en otros programas EI_CES_CHCBS_CLLI_SLS_EBD_SCI_BI_CMHS

Padres/Familia:

La persona vive con: Ambos Padres ___ Madre ___ Padre ___ Otro Persona _____
The person lives with: Both parents Mother Father Other person

Primero y/o Segundo contacto es por lo general la madre y/o el padre de la persona por la que se esta aplicando, o puede ser otro persona si vive con el aplicante. (Primary and secondary contacts)

Primer Contacto:		Teléfono de casa (<i>home</i>): Teléfono del trabajo (<i>work</i>):
Domicilio: (address)		Relación (<i>relationship</i>): Correo electrónico (<i>email</i>):
Segundo Contacto:		Teléfono de casa: Teléfono del trabajo:
Domicilio:		Relación: Correo electrónico:

Otros miembros de la familia viviendo en el hogar: (Use pagina adicional si es necesario)

Nombre	Relacion	Edad (si es menor de 18)
--------	----------	--------------------------

Nombre	Relacion	Edad (si es menor de 18)
--------	----------	--------------------------

Nombre	Relacion	Edad (si es menor de 18)
--------	----------	--------------------------

Nombre	Relacion	Edad (si es menor de 18)
--------	----------	--------------------------

Sección D. Solicitud de Fondos: Funding Request Que servicios o apoyos te gustaría comprar usando los fondos de Apoyo Familiar. What services would you purchase using FSSP funds? Marque todos los que sean aplicables. Describe los servicios específicos que desearías abajo- como seria de utilidad para la familia- y el costo esperado.

<input checked="" type="checkbox"/>	Categoría de Fondos Funding Category	<input checked="" type="checkbox"/>	Categoría de Fondos Funding Category
	Cuidado para el descanso: cuidado temporal del miembro de la familia con una discapacidad que proporciona alivio a la familia. <i>Respite Care</i>		Servicios profesionales: (por ejemplo, terapia, consejería, cuidados de enfermería y artículos / actividades recomendados como parte de la terapia). <i>Professional Services</i>
	Médico / Dental / Visión: servicios necesarios para alcanzar o mantener la salud física no cubierta por otra fuente. Excluido: medicamentos OTC y vitaminas. <i>Medical</i>		Transportación: Gastos de transporte a citas médicas especializadas, terapias u otras citas relacionadas con discapacidades no cubiertas por otras fuentes. (Gastos de viaje, alojamiento, gastos de alimentos). <i>Transportation</i>
	Tecnología de Asistencia: equipo necesario debido a la discapacidad de la persona para comunicarse, moverse o manipular su entorno (por ejemplo, audífonos, anteojos, silla de ruedas, dispositivo de comunicación). <i>Assistive Technology</i>		Otros servicios: Asistencia de consultores / defensores para acceder a servicios fuera del CCB (es decir, beneficios públicos, tutoría y reuniones del IEP). Las necesidades recreativas cuando el costo de la recreación está por encima y más allá del costo típico. <i>Other</i>
	Ingeniería Ambiental: Modificación necesaria del hogar o vehículo debido a la discapacidad de la persona (por ejemplo, ascensores, rampas u otras adaptaciones para abordar la salud y la seguridad, aumentar la independencia y la accesibilidad). <i>Environmental Engineering</i>		Apoyo de Padres / Hermanos: Apoyo necesario para ayudar a la familia a manejar el estrés adicional debido a la atención del miembro de la familia con una discapacidad de desarrollo (por ejemplo, consejería, conferencias). Excluido: costo de recreación para la familia. <i>Parent/Sibling Support</i>
Solicitar fondos para <i>Requesting funds for</i>	Costo del Servicio <i>Cost of service</i>	¿Cómo es útil este servicio o artículo para su familia? <i>How would this be helpful to your family?</i>	
		Actualmente, ¿paga de su bolsillo por este servicio? Sí ___ No ___ Recibo / oferta / factura adjunto Sí No_	
Solicitar fondos para <i>Requesting funds for</i>	Costo del Servicio <i>Cost of service</i>	¿Cómo es útil este servicio o artículo para su familia? <i>How would this be helpful to your family?</i>	
		Actualmente, ¿paga de su bolsillo por este servicio? Sí ___ No ___ Recibo / oferta / factura adjunto Sí No_	
Solicitar fondos para <i>Requesting funds for</i>	Costo del Servicio <i>Cost of service</i>	¿Cómo es útil este servicio o artículo para su familia? <i>How would this be helpful to your family?</i>	
		Actualmente, ¿paga de su bolsillo por este servicio? Sí ___ No ___ Recibo / oferta / factura adjunto Sí No_	

Sección E. Firma: Signature Una visita llamada puede ser necesaria como parte del proceso de evaluación.

A visit may be necessary as part of the evaluation. Usted será notificada por escrito cuando una decisión de financiación se ha determinado. *You will be notified in writing when a funding decision has been made.* El proceso puede tomar varios meses debido a la gran cantidad de familias que servimos. *The process may take several months due to the large number of families we serve.* Llame a su Coordinador de Recursos, si usted tiene una necesidad urgente. *Call your Resource Coordinator if you have an urgent need.*

Nombre en letra de molde de la persona(s) completado la forma: Name of person completing the form.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Devuelva el formulario a **DDRC/CFS 11177 West 8th Avenue, Lakewood, Colorado 80215 o**

ESSEMIN@ddrcco.com Línea de asunto FSSP MIN