


CONFIDENCIAL

de Autorización

FONDO FOCUS ON YOUTH Formulario de Solicitud para los Niños del Condado de Johnson

Nombre completo del/de la niño/a:		Fecha de nacimiento:
La raza/ etnicidad el/ de la niño/a:		
Vive este niño en el Condado de Johnson? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela donde el/la niño/a está matriculado/a:		
¿Cuál es el diagnóstico de la salud mental del niño? <input type="checkbox"/> Valoración pendiente		
Nombre completo del padre/ de la madre o guardián:		Número de personas en la unidad familiar:
Dirección residencial:		
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico:
Necesidad de financiación	Proveedor de servicios e información de contacto. OBLIGATORIO: nombre de la organización, nombre de contacto, y número de teléfono. (Proveedores de los condados Johnson y Linn solamente.)	Cantidad de \$
<input type="checkbox"/> Medicamento recetado (adjunte una receta de la prescripción)		
<input type="checkbox"/> Asistencia de relevo		
<input type="checkbox"/> Evaluación		
<input type="checkbox"/> Consejeros individuales, de grupo o familiar		
<input type="checkbox"/> Otros (describa)		
TOTAL DE LA CANTIDAD SOLICITADA: 		

Esta necesidad es:	<input type="checkbox"/> Por única vez	<input type="checkbox"/> Continua
¿Quién hizo el diagnóstico de este niño? *OBLIGATORIO: Adjunte documentación del diagnóstico del niño por un profesional autorizado en la salud mental o un doctor de medicina.		

Nota: Los fondos de FOCUS ON YOUTH están disponibles hasta el 30 de junio de 2018, o hasta que se agoten o se extienden
Revisado 02/1/2017

Provea una descripción breve de la situación del niño/de la familia:

OBLIGATORIO: Explique como el/ los servicio(s) pedido(s) ayudará(n) su niño/a con su desafío de la salud mental:

¿Cuáles son los resultados que se esperan como consecuencia de recibir fondos de Focus on Youth?

- Los fondos ayudarán a prevenir una colocación fuera del hogar.
- Los fondos reducirán la duración de la estancia en la colocación.
- Los fondos ayudarán a un niño que vuelve a su hogar después de una colocación.
- Los fondos prevendrán que el niño sea expulsado de la escuela o desmatriculado de otro programa de la comunidad.
- Otros (Describa):

¿Tiene el/la niño/a el seguro? Y si es así, ¿qué tipo?

¿Han sido explorados TODOS los otros recursos de fondos? P.ej. ¿Hawk I, Título XIX, Asistencia del Estado para el Cuidado de Niños, seguro privado?

Por favor, explique cuales otras opciones de fondos Ud. ha explorado:

Nombre del trabajador referente (si es pertinente):

Agencia (si es pertinente):

N° de Teléfono:

Correo electrónico:

¿Satisface este niño la definición en Iowa de un trastorno emocional grave? Sí No* ?

[*Si es "No", ¿está la valoración pendiente?]

Los ingresos brutos (antes de impuestos) de la familia en los 30 días pasados (incluye ingresos de trabajo, la manutención de menores/ pensión alimenticia, beneficios de Seguro Social, el desempleo, la indemnización a empleados, la pensión, FIP, y los ingresos de todos otros fuentes.) \$ _____

Atestigo que la información de los ingresos familiares estipulada en esta aplicación es cierta y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del padre/ de la madre o guardián: _____

Fecha: _____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Entiendo que información protegida de salud mental se hace pública a Johnson County Social Services. Autorizo la facilitación o intercambio de información pertinente entre las agencias para el propósito de coordinar servicios comunitarios. Esta renuncia está válida por doce (12) meses desde la fecha de la firma. Entiendo que yo puedo revocar esta renuncia en cualquier momento por contactar a JCSS. Entiendo que la Ley Federal prohíbe divulgación adicional de esta información.

Nota: Los fondos de FOCUS ON YOUTH están disponibles hasta el 30 de junio de 2018, o hasta que se agoten o se extienden
Revisado 02/1/2017

Firma de la madre/padre/guardián _____ Fecha _____

Remita este formulario al Coordinador de Servicios Sociales para autorización de fondos:

An Leonard
Johnson County Social Services
855 S. Dubuque Street, Suite 202B
Iowa City, Iowa 52240

Tel: 319.356.6090
Fax: 319.688.5711

Nota: Las solicitudes se procesarán dentro de 5 días hábiles si todos los materiales de la solicitud están incluidos y completos.

Firma de Autorización:

¡SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA!

Fecha:

Aprobado **Rechazado**