

Hogares de Grupo de Person County

Uso Para la Admision

Fecha del Uso: _____

I. IDENTIFICACION DE LA INFORMACION

El Nombre del Candidato: _____

Actual Dirección: _____

Dirección Permanente (si es diferente desde arriba): _____

Número de Teléfono: _____ Condado de la Residencia: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Pertenencia Etnica: _____

Género: _____ Estado Civil: _____

Número de la Seguridad Social: _____ Preferencia Religiosa: _____

Número de Medicaid: _____ Número de Seguro de Enfermedad: _____

Fuente de la Remisión: _____ Número de Teléfono: _____

Diagnosís Primaria: _____

Brevemente Razón del Estado de la Admisión que Busca: _____

Colocación Pedida: _____ Centro de Asistencia Intermedio/Incapacidad de Desarrollo _____ Hogar Adulto del Cuidado _____ Pensión _____ Programa Vivo Independiente _____ Gestión del Caso _____ Vida del Apartamento _____ Programa Traumático de la Lesión Cerebral _____ Otro : _____

Nombre del Guarda/del Padre: _____ Phone Number: _____

Dirección: _____

Relación al Candidato: _____

II. ORIGEN FAMILIAR

| Nombre | Dirección | Número de Teléfono | Relationship |
|----------|-----------|--------------------|--------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ |

APP-ADM.DOC (FORMS) (041615)

III. HISTORIA SOCIAL

1. Describa la personalidad del candidato: _____

2. Quién son la gente más importante de la vida del candidato? _____

- 3.Cuál es el plan de la familia para la implicación futura? _____

4. Cómo hace al candidato consiga junto con los miembros de la familia? _____

5. Cómo hace al candidato ajuste a una nueva situación? _____

Nueva gente? _____
6. Cuáles son los intereses y las aficiones del candidato? _____

7. Cuáles son el candidato tiene gusto?? _____
Cuáles son las aversiones del candidato? _____

IV. Educación/Historia de Empleo

- | 1. | Escuelas/Entrenamiento/Formación Profesional | Fechas Asistidas | Dirección |
|----|--|------------------|-----------|
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
2. Grado terminado por último: _____
 3. Educación regular: _____ Educación especial: _____
 4. Diploma recibido: _____ sí _____ ningún Si sí, qué clase: _____

13. Ponga un control (•) delante de todas las terapias que el candidato ha recibido, que enumera la agencia que proporcionaba el servicio, y registre las fechas la terapia fue recibida:

| ✓ | Terapia | Agencia que proporciona servicio | Fechas |
|---|------------------------------------|----------------------------------|--------|
| | Terapia Física | | |
| | Terapia Profesional | | |
| | Logopedia | | |
| | Asesoramiento/Cuidado Psiquiátrico | | |
| | Terapia del Abuso de Sustancia | | |
| | Otro: | | |

V. HISTORIA de MEDICAL/PSYCHIATRIC (continua)

14. Describa cualquier incapacidad física (parálisis cerebral, etc.): _____

15. El candidato tiene problemas inusuales de los comportamientos (sexual, del comportamiento, o psicológico)?

_____ si _____ ningún Si sí, explique por favor: _____

16. Es el candidato siempre destructivo o violento? _____ si _____ ningún
Si sí, explique por favor: _____

17. Compruebe (•) la caja apropiada, en cada categoría, que describe mejor el nivel de funcionamiento actual del candidato:

| | |
|---|--------------------------------|
| ✓ | Orientación |
| | Desorientada Constantemente |
| | Desorientada Intermitentemente |
| | No Desorientada |

| | |
|---|-----------------------------------|
| ✓ | La Situación del Paseo |
| | Ambulatorio |
| | Semi-ambulativo |
| | No-ambulativo |
| | Necesita Ayuda con Transferencias |

| | |
|---|--------------------------------|
| ✓ | Continencia de la Vejiga |
| | Ningún Control de la Vejiga |
| | Noches Incontinentes Solamente |
| | De Vez En Cuando Incontinente |
| | Continente |

| | |
|---|--|
| ✓ | Continencia del Intestino |
| | Accidentes más a menudo que una vez por semana |
| | Accidentes menos a menudo que una vez por semana |
| | Continente |

| | |
|---|--|
| ✓ | La Comunicación de las Necesidades |
| | Verbal |
| | No Verbales (las muestras, las imágenes, etc.) |
| | Dispositivos Aumentativos de las Aplicaciones |
| | No Comunica |

VI. Las Capacidades

Comprueban la caja apropiada para saber si hay el siguiente:

| Función | Sin Ayuda | Con Ayuda | En Absoluto |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-------------|
| Pelo de los Champúes | | | |
| Se Baña/las Duchas | | | |
| Dientes de los Cepillos | | | |
| Pelo de los Peines | | | |
| Los vestidos/Desnudan a Uno Mismo | | | |
| Zapatos de los Lazos | | | |
| Uno Mismo de las Alimentaciones | | | |
| Afeitares | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Necesidades Menstruales | | | |
| Hace la Cama | | | |
| Limpia el Sitio | | | |
| Cuidados Para la Ropa | | | |
| Cuidados Para los Artículos Personales | | | |
| Cuidados Para las Necesidades del Retrete | | | |
| Comidas Simples de los Cocineros | | | |
| Firma Para Poseer Nombre | | | |
| Dice Tiempo | | | |
| Tiendas Para las Necesidades Personales | | | |
| Movilidad de la Comunidad | | | |

VII. Información Financiera

1. Compruebe la caja apropiada y dé las cantidades recibidas:

| Beneficie | | Si | No | A Cantidad Mensual Recibida |
|--------------------------------|---------|----|----|-----------------------------|
| AFDC | | | | |
| SSDI (Control del Color Verde) | | | | |
| Seguridad Social | | | | |
| Ayuda Especial | | | | |
| SSI (Control del Color Oro) | | | | |
| Medicaid | | | | |
| Seguro de Enfermedad | Parte A | | | |
| | Part B | | | |
| Salud o Incapacidad | | | | |
| Bonos de Racionamiento | | | | |
| Prestación por Desempleo | | | | |
| La Remuneración del Trabajador | | | | |

2. i el candidato tiene seguro privado, dé por favor:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

3. Enumere cualquier propiedad poseída por el candidato y dé el valor:

Propiedades Inmobiliarias: _____

La Otra Propiedad: _____

La Otra Propiedad: _____

4. List Enumere la otra renta (cuentas de ahorros, cuentas corrientes, seguro, etc.) y dé las cantidades:

| Tipo de Renta | Cantidad/equilibrio actual |
|---------------|----------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

VIII. PERSONALIDAD JURÍDICA

1. Es el candidato un ciudadano de los E.E.U.U.? _____ si _____ no

Si ningún, cuál es la situación del candidato? _____

2. Han arrestado al candidato nunca? _____ si _____ no Si sí, dé por favor los detalles:

IX. Reconocimiento

Certifico que toda la información sobre este uso es exacta y completa según mi entender. Entiendo que la información suministrada aquí será mantenida confidencial y uso con el fin de la consideración para la colocación residencial.

Firma del Candidato: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Relación al Candidato: _____ Fecha: _____

NOTA AL CANDIDATO

Este uso se debe acompañar por (en el plazo de un año) un informe psicológico reciente. Si está aceptado para la admisión, un informe del examen médico y de la TB y los resultados de la prueba de la hepatitis será requerido antes de la admisión. La presentación de esta solicitud no es ninguna garantía de la aceptación de la admisión.

AFFIRMATIVE ACTION STATEMENT: Person County Group Homes, Inc. is an equal opportunity employer. In accordance with federal law and the United States Department of Agriculture, it is the policy of Person County Group Homes, Inc. to prohibit discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability.

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Fecha Recibida: _____

Revisado Cerca: _____

Fuente de la Remisión: _____

Remisión al IAC: _____

Remisión a la Junta Directiva: _____

Visitas de Ensayo: _____

Colocación de Ensayo: _____

Disposición: _____