



First In Families of North Carolina

*Helping people with disabilities and their families
to Believe in their dreams, Achieve their goals, Connect
in their communities and Give Back to others since 1995*

Gracias por contactar con Familias Primero de Carolina del Norte (FIF por sus siglas en ingles), una organización sin del Norte para atender sus necesidades aprovechando relaciones y recursos al igual que motivándoles a "apoyar" en sus comunidades. **Mecklenburg Primeros En Familias, es un proyecto de InReach** es una manera para que las personas y sus familias en Carolina del Norte satisfagan sus necesidades aprovechando las relaciones y los recursos, y alentando a "retribuir" a sus comunidades.

Al completar la solicitud, **sea los mas especifico posible** al explicar su necesidad. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar al numero en este formulario.

Una vez que se reciba su solicitud, se le contactará dentro de los 3 días hábiles. El personal determinará la elegibilidad y se comunicará con el solicitante para obtener información adicional si es necesario y para discutir la solicitud. Se le notificará dentro de los 7 días hábiles posteriores a la revisión de su solicitud para determinar su elegibilidad.

No estamos equipados para satisfacer las necesidades de "crisis", pero nuestro personal puede recomendar recursos locales de crisis.

La elegibilidad de ingresos se basa en el número de personas en su familia. Vea el gráfico a continuación. Si la persona con una discapacidad es menor de 18 años, los ingresos de los padres o tutores determinan la elegibilidad. Para los adultos calificados con IDD y/o TBI que viven en la comunidad (ya sea con sus padres, compañeros de habitación, solos o en una AFL sin licencia), el adulto solicitante se considera cabeza de familia. Solo cuentan los ingresos del solicitante. Los dependientes incluirían únicamente al cónyuge y los hijos del solicitante. Puede haber excepciones si el artículo o servicio solicitado beneficia directamente a otra persona en el hogar.

Por favor complete la solicitud que se encuentra incluida y enviarla a:

Familias Primero de Carolina del Norte

Attn Aplicaciones

Correo Electrónico fif@inreachnc.org

Dirección 4014 Monroe Road, Bldg 4, Suite 170
Charlotte, NC 28205

Teléfono 704-536-6661

Fax 704-536-0074

Por favor mantenga esta página para su archivo

Family Size	300% FPG
1	\$ 46,950.00
2	\$ 63,450.00
3	\$ 79,950.00
4	\$ 96,450.00
5	\$112,950.00
6	\$129,450.00
7	\$145,950.00
8	\$162,450.00

Notificación de practica de Privacidad—Familias Primero de Carolina del Norte

Esta notificación es efectiva a partir del 14 de abril del 2003. Esta notificación describe como su información médica podría ser usada y como usted puede tener acceso a esta información. Favor revisar cuidadosamente. Estamos requeridos por ley proteger su información médica. La ley nos requiere proteger la privacidad de información médica suya o que le identifique a usted. También se nos requiere notificarle sobre nuestras Prácticas de Privacidad, explicarles nuestras responsabilidades legales y sus derechos con relación a su información de salud. Debemos obedecer las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras este en efecto. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestra practica y los términos de esta notificación en cualquier momento, las provisiones de tales cambios están permitidos por la aplicación de la ley. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad y los términos de nuestra Notificación para con toda la información de salud que mantenemos, incluyendo información de salud que creemos u obtengamos antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad cambiaremos este Aviso y pondremos los nuevos cambios disponible a solicitudes. Usted puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento. Si tiene pregunta sobre la información en este Aviso o acerca de la Regla de Privacidad, procesos o prácticas, usted puede llamar al personal de FIFNC al 919-251-8368.

COMO PRODRIAMOS USAR Y RELEVER INFORMACION MEDICA SOBRE USTED EN CIERTAS CIRCUMSTANCIAS- nosotros usamos y revelamos información de salud sobre su tratamiento, pagos y transacciones de cuidado de salud. Tratamientos: podríamos usar o revelar su información de salud a un médico u otros proveedores del cuidado a la salud que le este proveyendo tratamiento. **Pagos:** podríamos usar y revelar su información de salud para obtener pago por servicios que le proveemos. **Operaciones del Cuidado a la Salud:** podríamos usar y revelar su información de salud en conexión con nuestras operaciones de cuidado a la salud. Cuidado a la salud incluye evaluación cuantitativa y actividades de mejorar, revisión de competencia o cualificaciones de profesionales del cuidado a la salud, prácticas de evaluación proveedor de desarrollo, conducción de programas de entrenamientos, acreditación, certificación, licencia o credenciales de actividades. **Su Autorización:** a menos que usted nos autorice por escrito no podemos usar o revelar su información de salud por ninguna razón con excepción de lo descrito en esta Notificación. Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de salud usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o revelación de la misma para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización puede revocarla por escrito en cualquier momento. su revocación no afectar ningún uso o revelación permitida por su autorización mientras estuvo en efecto. **Revelación a Usted, su Familia o Amigos:** le debemos revelar su información de salud a usted de acuerdo con la Notificación de Derechos del Paciente. Podríamos revelar su información de salud a miembros de su familia, amigos u otra persona hasta el grado necesario para ayudarle con el cuidado de salud o con pagos por el cuidado de salud, pero solo si usted nos lo autoriza a hacerlo. **Personas involucradas con Su Cuidado:** podríamos usar o revelar su información de la salud para notificar o asistir a otros en notificar a un miembro de la familia, su representante persona u otra persona responsable de su cuidado o su localización, su condición general o muerte. Si usted está presente le proveeremos con una oportunidad de objetar a dicha revelación de la información de su salud antes de su uso o revelación. En caso de que usted quede incapacitado o tenga alguna emergencia médica nosotros revelaremos su información de salud en base a nuestra opinión personal que indique que tal revelación es directamente relevante para la acción de la persona en su cuidado médico. También usaremos nuestro criterio y experiencia profesional en tomar las decisiones para su bienestar permitiendo a una persona recoger las recetas listas, abastecimiento médico, radiografías o formas de información de salud similares. **Mercadeo relacionado a Servicios de Salud:** Nosotros no usaremos sin su autorización por escrito su información de salud para comunicación de mercadeo. **Requerido por la Ley:** Podríamos usar o revelar su información de Salud cuando se nos requiere por ley. **Abuso o Negligencia:** Podríamos revelar su información de salud para proporcionarle a las autoridades apropiadas si tenemos sospecha razonable de que usted está siendo víctima de abuso, negligencia, violencia domestica u otros crímenes. Revelaremos su información de salud al extremo necesario para prevenir amenazas serias en contra de su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros. **Seguridad Nacional:** podría ser revelada a las autoridades militares la información de salud de personal de Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podría revelarse a oficiales federales autorizados la información de salud requerida por leyes de inteligencia, espionaje y otras actividades de seguridad. Podríamos revelar información de salud a instituciones correccionales u oficiales de la ley que tengan custodia legal o protegida de un recluso o paciente bajo ciertas circunstancias. **Notificaciones de Citas:** podría ser revelada su información de salud para proveerle con notificación de citas (mensajes de vos, tarjetas o cartas). **DERECHOS DEL PACIENTE- Accesos:** usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su información de salud, con limitadas excepciones. Usted puede solicitar que le proveamos con copias en un formato más que fotocopias, usaremos el formato que usted solicite a menos que no podamos prácticamente hacerlo. Esta solicitud debe ser por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso de su proveedor de cuidado. Podríamos cobrarle un costo razonable de cuota para tales gastos como copias y tiempo del personal. Para detalles sobre cuando esta solicitud puede ser negada, favor de hablar con proveedor de cuidado. **Revelación de Cuenta:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros negocios asociados revelaron su información de salud para otro propósito aparte de tratamiento, pagó, operación de cuidado de salud y ciertas otras actividades por los últimos 6 años, pero no antes de abril 14 del 2003. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota de pago razonable para responder a sus solicitudes adicionales. **Restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales en el uso o revelación de información de salud. No estamos requeridos a estar de acuerdo a estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nos sujetaremos a nuestro acuerdo (con excepción a una emergencia). **Comunicación Alternativa:** usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre información de su salud por vías o ubicación alternativas (**Usted debe someter la solicitud por escrito**). Su solicitud debe especificar la vía o ubicación alternativa y proveer explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo las vías o ubicación alternativas solicitadas. **Enmiendas:** Usted tiene derecho a solicitar que le hagamos una enmienda a la información de su salud. (la solicitud debe ser por escrito y debe explicar porque la información debería ser enmendada). Podríamos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias. **Notificación Electrónicas:** Si usted recibió esta notificación en nuestro sitio de internet o por correo electrónico usted tiene derecho a recibir esta Notificación en un formulario por escrito si lo solicita. **PREGUNTAS Y QUEJAS:** si usted quiere más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones favor de contactar su proveedor de cuidado de salud o un personal de FIFNC al 919-251-8368. Si usted tiene preocupación de que hemos violado sus derechos de privacidad o si esta en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca del acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud usted haya hecho de enmienda o restricción del uso o revelación de su información de salud o para que nos comuniquemos con sus vías alternativas o ubicaciones alternativas usted puede hacer una queja con nosotros usando el contacto de información registrado en esta notificación. Usted podría someter una queja por escrito con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de US. Le proveeremos nuestra dirección para someter su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de US si lo solicita. Apoyamos sus derechos de privacidad de su información de salud. No emprenderemos en su contra en ninguna forma si usted decide someter una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de US.

Preguntas y Quejas 919-251-8368

Favor de guardar esta pagina

1. Información de la Familia y el Hogar

Quien esta completando esta aplicación: ☐ Padre/Guardián ☐ Solicitante ☐ Abuelos ☐ los padres de crianza ☐ Otros_____

Nombre_____ E-mail_____ Condado_____

Dirección_____ Ciudad_____ Código Postal_____

Teléfono Principal_____ ☐ Cell ☐ Home Teléfono Adicional_____ ☐ Cell ☐ Home

Contacto Secundario_____ Teléfono_____ E-Mail_____

(Trabajador de Caso, Coordinador de Cuidado, Etc.) Podemos háblales de su aplicación ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos viven en la casa?

Adultos:_____ Niños/Adolescentes_____ Adultos de mas de 65 _____ Adultos con discapacidad (de 18 en adelante)_____

¿Como supo de nosotros? ¿Quien o que organización le refirió? _____

¿Alguno en su casa ha servido en la Fuerza Militar de los EEUU? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un abuelo/a criando a sus nietos? ☐ Sí ☐ No

2. Ingreso del Hogar

Ingreso**	¿Con que frecuencia recibe un pago?
\$_____	☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual
Manutención de Hijos \$_____	☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual
SSDI o SSI (beneficios de seguro social por discapacidad) \$_____	Cupones de Alimentos/EBT \$_____

**Incluir en ingreso neto de TODOS en el hogar.

Usted o alguien en su casa ha recibido diagnostico de discapacidad de desarrollo mental, retraso, o trauma de herida cerebral o alguna enfermedad mental severa o persistente?

☐ Sí-Continúe con la sección 4 ☐ No-Continúe en la sección 5

3. Información sobre Individuo/Solicitante con una Discapacidad

Nombre_____ Fecha de Nacimiento_____

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No-binario

Raza ☐ Blanca ☐ Negra / Afroamericana ☐ Asiatica

☐ Indigena de las Americas y Nativa de Alaska

☐ Nativa de las Islas del Pacifico ☐ Multiracial ☐ Otra

Grupo Étnico ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino

Tipo de Residencia ☐ Con familia ☐ Hogar grupal ☐ Independiente

☐ AFL (Vida Familiar Alternativa) ☐ Otra

Dirección (si es diferente) _____

Cual Seguro medico tiene de quien se aplica?

☐ Medicare ☐ Seguro Privado ☐ Sin Seguro

☐ Medicaid (elegir proveedor de seguro) ☐ NC Direct

☐ AmeriHealth Caritas ☐ Healthy Blue ☐ United Healthcare

☐ Well Care ☐ Carolina Complete Health ☐ Medicaid Waiver

☐ No esta seguro

4. Diagnosis de Discapacidad

Favor de elegir cualquier diagnostico (s) que tenga el para quien se aplica.

Diagnóstico:
☐ Riesgo de Retraso del Desarrollo (solo de 0-3 años de edad)
☐ Retraso del Desarrollo (Solo de 0-4 años de edad)
☐ Retraso del Habla ☐ Retraso Motor
☐ Trastornos del Espectro Autista
☐ Parálisis Cerebral
☐ Síndrome de Down
☐ Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (Fetopatía alcohólica)
☐ Síndrome del cromosoma X frágil
☐ Discapacidad Intelectual
☐ Distrofia Muscular
☐ Espina Bífida
☐ Traumatismo Cerebral
☐ Enfermedad Mental Severa y Persistente
☐ Desorden de Uso de Sustancia
☐ Otro/Diagnósticos Secundarios:
¿Cómo podemos confirmar el diagnóstico (requerido)?

5. Servicios Recibidos al Momento

Los siguientes servicios podrían estar disponibles en la comunidad. Por favor marque si está recibiendo o si esta en la lista de espera para cualquier de lo siguiente.

Servicio	Recibe	En lista de espera
SNAP/Estampillas de Alimentos/EBT	☐	☐
Control de Comportamiento	☐	☐
CAP-C Exención de Medicaid	☐	☐
CAP-DA Exención de Medicaid	☐	☐
Exención de Innovations/CAP-IDD	☐	☐
Exención de TBI Medicaid	☐	☐
1915i	☐	☐
Intervención Temprana /Desarrollo Preescolar	☐	☐
Terapia Ocupacional/ Terapia Física / Terapia del Habla	☐	☐
Servicios de Descanso	☐	☐
Alojamiento de Sección 8	☐	☐
Educación Especial	☐	☐
SSDI/SSI	☐	☐
SSI	☐	☐
Rehabilitación Vocacional	☐	☐

Usted o alguien en su casa ha experimentado alguna crisis en los pasados seis meses? ☐ Sí ☐ No

Actualmente o en los pasados seis meses usted o alguien en el hogar ha experimentado:

- ☐ Inseguridad alimenticia ☐ Violencia Interpersonal ☐ Trastornos no Relacionados ☐ Damnificado ☐ Crisis de Salud Mental
- ☐ Enfermedad o Gasto Mayores por Enfermedad ☐ Perdida de Empleo/Ingresos ☐ Barreras Culturales/Idioma
- ☐ Muerte de proveedor de cuidado o Filia ☐ Desastre Natural ☐ Transición del Cuidado Temporal, Hogar en grupo, Refugio, Prisión

¿Como supo de nosotros? ¿Quien o que organización le refirió? _____

¿Le gustaría recibir por correo electrónico información sobre futuros recursos de planificación? ☐ Si ☐ No

6. ¿Cuál es su necesidad? (Por favor proporcione todos los detalles posibles, incluyendo vendedores de servicios y precios, si pertenece). _____

_____ ¿Podemos contactar al vendedor por usted? ☐ Sí ☐ No

Motivamos a quienes servimos que apoyen

¿Tiene algún talento o artículos que quisiera compartir con Familias Primero? Algunos ejemplos son:

- ☐ Abogar ☐ Mover Muebles ☐ Pañales o Productos para la incontinencia ☐ Apoyo para Padres
- ☐ Recaudación de Fondos ☐ Voluntario (en proyectos de la sucursal) ☐ Voluntario (en el equipo de liderazgo del capítulo)
- ☐ Equipo/Aparatos para donar ☐ Cartas a Legisladores ☐ Otras ideas: _____

Con mi firma abajo, yo verifico que la información dada es acertada. Mi firma en esta aplicación también indica que yo comprendo que puedo recibir una encuesta de Familias Primero de Carolina del Norte preguntándome información del programa FIF (por sus siglas en ingles). Yo comprendo que si decido completar la encuesta, los resultados de la encuesta pueden ser compartidos con otros (anónimamente).

Aviso de Practicas de Privacidad de Familias Primero de Carolina del Norte. Este aviso es efectivo desde el 14 de Abril del ano 2003. Reconozco que he recibido una copia de FIFNC

Imprimir el Nombre Firma del Solicitante / Guardián Fecha

Autorización para la entrega u obtención de información

Autorizo a Primero en las Familias de Carolina del Norte a compartir y recibir información verbal o por escrito sobre el solicitante arriba mencionado y sus necesidades de recursos. Esta información se usará para los propósitos de identificación de recursos para satisfacer las necesidades identificadas por la familia o el individuo.

Esta información puede incluir información medica, psicológica, social e información concerniente al nombre antes mencionado. Entiendo que esta autorización se mantendrá valida por un ano a partir de la fecha de la firma

Pero puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento con una notificación por escrita a Primero en las Familias de Carolina del norte con excepción de la acción ya tomada.

Nombre del solicitante : _____
Fecha de nacimiento _____

Firma del Solicitante / Guardián Fecha

Testigo Fecha