

Arizona Department of Economic Security
División de Discapacidades del Desarrollo

**Plan/revisión específicos/solo para DD
(a partir de los 3 años)**

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*):

Fecha: _____

Tutor o representante legal del miembro:

Número de asistencia del miembro:

¿Ha solicitado el ALTCS? Sí No

¿Cuándo se presentó la última solicitud de cuidado a largo plazo?

¿Se presentó alguna apelación? Sí No

De no ser así, ¿por qué? _____

Si es poco probable que cumpla con los requisitos para el ALTCS en el futuro, ¿se ha planteado la posibilidad de dar por concluido el caso? Sí No

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*):

Fecha: _____

De no ser así, ¿podría resumir la conversación?

¿El miembro vive en un centro residencial? Sí No

De ser así, ¿cómo se financia? _____

¿El miembro recibe algún servicio de atención domiciliaria?

 Sí No

De ser así, ¿cómo se financia? _____

¿Se necesita un intérprete? Sí No

De ser así, ¿en qué idioma? _____

Resumen de evaluación del equipo

Resuma el diálogo de la siguiente manera:

¿Qué nos puede compartir sobre su historial médico pasado y actual?

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*):

Fecha: _____

¿Cómo es un día normal para usted?

¿Cuál es la mejor parte de su día? ¿Cuál es la parte más difícil de su día? ¿Qué puede hacer que su día o su semana vayan bien? ¿Qué puede hacer que su día o su semana sean difíciles?

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*):

Fecha: _____

¿Qué logros y/o contratiempos ha tenido desde la última vez que hablamos?

¿Qué nos puede contar sobre su familia, sus amigos y los recursos comunitarios en los que participa?

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*):

Fecha: _____

¿Recibe algún servicio o apoyo en materia de salud conductual?

Visión del futuro

Lo que quiero para mi futuro (*objetivos a corto y largo plazo*):

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*):

Fecha: _____

Lo que mi familia o mi tutor desean para mi futuro:

Indique el tipo de reunión y la frecuencia elegidos por la persona responsable:

Información adicional

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*):

Fecha: _____

Servicios

Indique el tipo y la frecuencia de los servicios que recibe el miembro:

Finan. estatal	Indirecto
----------------	-----------

Finan. estatal	Indirecto
----------------	-----------

Finan. estatal	Indirecto
----------------	-----------

Finan. estatal	Indirecto
----------------	-----------

Medidas a tomar

¿Es necesario realizar algún seguimiento? (*Indique la fecha prevista de finalización y la persona que se encargará de realizarlo*)

Completado

Completado

Completado

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*):

Fecha: _____

Completado

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Firma de la persona responsable: _____

Fecha: _____

Firma de la persona responsable: _____

Fecha: _____

Firma del coordinador de apoyo: _____

Fecha: _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office