

Aplicación Exención NC Innovations Registro de Necesidades Insatisfechas

La exención NC Innovations es un plan de beneficios basado en el hogar y la comunidad para ayudar a las personas con discapacidades intelectuales y/o de desarrollo (DID) para maximizar el potencial del ambiente natural en su comunidad como una alternativa al ambiente de instituciones. En este momento, no hay fondos adicionales disponibles en la exención. Esta solicitud puede completarse para ser considerado en el Registro de Necesidades Insatisfechas (lista de espera) para los servicios de Exención de NC Innovations.

Para ser considerado para el Registro de Necesidades Insatisfechas para el fondo de la exención NC Innovations, se debe enviar la siguiente información:

- 🌱 La aplicación de Registro de Necesidades Insatisfechas completada.
- 🌱 La evaluación Psicológica más reciente, que debe incluir los siguiente:
 - Pruebas intelectuales y/o cognitivas como la evaluación de IQ
 - Evaluación de la conducta adaptativa
 - Diagnóstico
- 🌱 Si el afiliado es mayor de 18 años de edad, se debe enviar la documentación de soporte y diagnóstico antes de la edad de 18.

Si se determina que la persona no es una apropiada para referirla (porque la información proporcionada indica que es probable que la persona no cumpla con los criterios para participar en la Exención NC Innovations), no se agregará al Registro de Necesidades Insatisfecha, y usted recibirá una notificación por escrito sobre la decisión.

Si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud, llame a Trillium Health Resources al 1-866-998-2597.

Por favor, complete esta solicitud y la documentación de soporte y envíela a:

Por Correo: Trillium Health Resources
PO Box 7166
Greenville, NC 27835-7166
Attn: Review Committee for Registry

Por Correo Electrónico: RUN@TrilliumNC.org

Por Fax: 252-215-6878

--- La Aplicación comienza en la página siguiente ---

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Nombre | _____ | | |
| Fecha de Nacimiento | _____ | | |
| Dirección | _____ | | |
| Ciudad | _____ | Código Postal | _____ |
| Condado | _____ | | |
| Número Telefónico | _____ | Género | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Estado Civil | <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Casado (a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Viudo(a) |
| Idioma Primario | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano | |
| | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| Guardián o Tutor legal | _____ | | |
| Dirección | _____ | | |
| Ciudad | _____ | Código Postal | _____ |
| Condado | _____ | | |
| Correo Electrónico | _____ | | |
| Tipo de Tutela | <input type="checkbox"/> Padres del Menor | | |
| | <input type="checkbox"/> Tutor de la Persona | | |
| | <input type="checkbox"/> Tutor Estatal | | |
| | <input type="checkbox"/> Tutela Limitada (Por favor, especifique): _____ | | |

Por favor incluya una copia de los documentos de tutela

| | | | |
|--|-------|----|--|
| ¿Tiene usted Medicaid? | Sí | No | |
| ▲ Si su respuesta es Sí, ¿Cuál es su Número de Medicaid? | _____ | | |
| ▲ ¿Cuál es el condado de servicio de Medicaid? | _____ | | |
| ¿Tiene usted Medicare? | Sí | No | |
| ¿Tiene usted seguro médico privado? | Sí | No | |
| ▲ Si su respuesta es Sí, ¿Cuál es el nombre de la compañía de Seguros? | _____ | | |

SERVICIOS Y AYUDAS ACTUALES

¿Dónde usted vive?

- Independiente
 Con Familia Adoptiva
 En Vida Familiar Alternativa (Alternative Family Living)
 Otra (Especifique) _____
- En su hogar con familiares biológicos
 En Casas para grupos
 En Centro de Atención Intermedia (ICF-IID) o asilo

¿Está atendiendo a la escuela?

- Sí (Especifique la escuela & grado) _____
 No

¿Está usted empleado?

- Sí (Especifique donde): _____
 No

¿Está usted recibiendo alguna terapia especializada? (Marque todas las que apliquen)

- No estoy recibiendo ninguna terapia especializada
 Terapia Física
 Terapia Ocupacional
 Terapia del habla
- Consultas psicológicas/comportamiento
 Terapia Recreativa
 Nutricionista
 Otra (Especifique): _____

¿Cuáles servicios usted está recibiendo actualmente? (Por ejemplo: asistencia personal, servicios de relevo, Medicaid cuidado personal, servicios de CAP DA, servicios de CAP C, programa de día para adultos, empleo con ayuda)

EQUIPOS Y SUMINISTROS ESPECIALIZADOS

¿Usted necesita equipos ó suministros especiales que han sido recomendados por algún especialista o profesional? (Marque todos lo que le apliquen)

- No necesito ningún equipo o suministro especializado
 Suministro para incontinencia
 Batidas Ensure
 Equipos adaptivos de posicionamiento
 Ayuda en la vida cotidiana (Ej.: utensilios especiales, manta pesada)
- Equipo de comunicación
 Modificaciones en el hogar (Ej.: adaptaciones para baños, y puertas ampliadas.
 Ayuda para la movilidad (Ej.: Rampas, sillas de ruedas)
 Modificaciones de Vehículo (Ej.: Acceso para sillas de ruedas)
- Otros equipos necesarios que no están en la lista de arriba _____

¿PORQUE LA EXENCIÓN NC INNOVATIONS?

¿Cuáles son las necesidades insatisfechas de la persona? ¿Cuáles son las situaciones urgentes para el individuo / familia que se podrían tratar con fondos de la exención NC Innovations? (Por favor, especifique en detalle. Puede anexar otra página si lo necesita.)

Completado por: _____ Fecha: _____

Su relación con el solicitante: _____

¿Está el tutor legal notificado que una Aplicación de Necesidades Insatisfecha ha sido completada y mandada? Sí No

Por favor, complete esta aplicación y envíela con todos los documentos de soporte a:

| | |
|-------------------------|--|
| Por Correo: | Trillium Health Resources PO Box 7166 Greenville, NC 27835-7166 Attn: Review Committee for Registry |
| Por Correo Electrónico: | RUN@TrilliumNC.org |
| Por Fax: | 252-215-6878 |