



Granjas urbanas
Programa de preparación para empleo en agricultura y servicios de alimentación
Aplicación

Información General del Apicante

Nombre: _____ Tel # _____

Dirección: _____ Apt # _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: ___ TabsID#: _____

Numero de Seguro Social: _____

Medicaid #: _____ Medicare #: _____

Nombre de padre/madre/Tutor: _____

Idioma Principal: _____

**FAVOR DE
 ADJUNTAR UNA
 FOTO PERSONAL
 AQUI**

**(Esto es
 sumamente
 importante para
 la seguridad del
 aplicante).**

Residencia del Apicante (marque solamente una caja)

Hogar (familia natural) IRA/ICF Operada por el estado IRA/ICF voluntario

Residencia Comunitaria Otra: _____

Servicios Actuales

1. Escuela del Apicante: _____
 Nombre de contacto: _____
 Numero de telefono: _____

2. Otros programa(s) educativo(s) (i.e. programa(s) durante el día, programas
 extracurriculares): _____
 Nombre de Contacto: _____
 Numero de telefono: _____

3. Actualmente recibe servicios de SUS: Sí No
 Si marcó sí, cuales servicios recibe? _____

Coordinación de Servicios

Tiene el aplicante un manejador de caso o un coordinador de servicio(s)? Sí No

Si marcó sí, por favor provee los datos aquí abajo:

Nombre: _____ Afiliación con la Agencia: _____



de teléfono: _____

de fax: _____

Dirección: _____

Capacidad para Viajar

- Viaja Independientemente
- Puede viajar independientemente mientras tenga direcciones específicas
- Camina independientemente sin asistencia
- NO** viaja independientemente
- Usa cilla de ruedas
- Camina, pero necesita asistencia

Otro, (por favor especifique): _____

Contacto de Emergencia

1. Contacto de Emergencia: _____ Relación _____

Numero de teléfono: _____ Numero de celular: _____

Otro Numero: _____ Dirección: _____

2. Contacto de Emergencia: _____ Relación _____

Numero de teléfono: _____ Numero de celular: _____

Otro Numero: _____ Dirección: _____

3. Contacto de Emergencia: _____ Relación _____

Numero de teléfono: _____ Numero de celular: _____

Otro Numero: _____ Dirección: _____

Información Médica

Diagnóstico Primario (si es conocido):

Retraso Mentales

Autismo

Parálisis Cerebral

Apoplejía/Epilepsia

Si marcó retraso mentales, por favor marque la caja apropiada aquí abajo:

Profundo Moderado

Severo Leve

(Nota: La categoría escogida debe corresponder al reporte psicológico/psicosocial)



Diagnóstico Secundario

Anote todos los diagnosticos adicionales – médicos/psicológicos: _____

Alergias a medicamentos

Sí No Si marcó SI, por favor anótelas aquí abajo:

Alergias a comidas/ambientales

Sí No Si marcó SI, por favor anótelas aquí abajo:

Asma

Sí No Si marcó SI, por favor anótelas aquí abajo:

Tratamiento de nebulizador? Sí No
 Diario Ocasional Casi nunca

Diabetes

Sí No

Medicamento(s) Oral(es)? Sí No
Inyecciones de Insulina? Sí No

Epilepsia

Sí No

Fecha de ultimo ataque epiléptico?

Recurrencia de los ataques epilépticos? Tiene ataques:
 Diariamente Semanalmente Mensualmente
 Otro:

Utiliza un casco protectorio?
 Sí No

Información Sobre Los Medicamentos

Medicamento:	Dosis/ Frecuencia:	Razón/ Diagnóstico:	Hora (s) Administrado(s):
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Favor de incluir detalles sobre todos medicamentos actuales

Limitaciones Físicas? Sí No

Si marcó SI, por favor explique: _____

Preguntas Suplementarias

1. Cuales son los intereses y pasa tiempos del individuo?

2. Cuales son las cosas que no le gustan al individuo?

3. Por favor explique los métodos utilizados para animar al individuo a participar enteramente en una actividad?

4. Que funciona para calmar al Individuo cuando esta alterado?

5. Describa las habilidades del individuo en la comunidad:

6. Intervalo de atención?

7. Como responde el/ella en situaciones peligrosas?:

8. Comidas Favoritas:

9. Comidas que el/ella no debe comer?

Aparatos Protésicos

- Gafas
- Abrazaderas (anote el/los tipos aquí abajo)
- Audífonos
- Zapatos
- Muletas
- Otro (anote abajo)
- Silla de ruedas
- Casco _____

Habilidades de la Vida Diaria

1 = Independiente 2= Necesita alguna forma de asistencia 3= Depende de asistencia

Categoría	Dependencia	Explicación
Beber	_____	_____
Comer	_____	_____
Arreglo Personal	_____	_____



Vestirse _____
 Banarse _____

Comportamientos		
Comportamiento	Descripción	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Agresión Física	<input type="checkbox"/> Pegar	_____
	<input type="checkbox"/> Patear	_____
	<input type="checkbox"/> Escupir	_____
	<input type="checkbox"/> Pegar a puños	_____
<input type="checkbox"/> Agresión Verbal	<input type="checkbox"/> Maldecir	_____
	<input type="checkbox"/> Gritar	_____
	<input type="checkbox"/> Burlarse	_____
	<input type="checkbox"/> Interrumpir	_____
<input type="checkbox"/> SIB (Auto lastimarse)	<input type="checkbox"/> Pegar	_____
	<input type="checkbox"/> Morder	_____
	<input type="checkbox"/> Bofetear	_____
	<input type="checkbox"/> Pegar contra la cabeza	_____
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Fuga	<input type="checkbox"/> A una área designada	_____
	<input type="checkbox"/> Partir del programa	_____
	<input type="checkbox"/> Partir de un grupo cuando se encuentra en compañía de otros	_____
<input type="checkbox"/> PICA	<input type="checkbox"/> Cualquier objeto	_____
	<input type="checkbox"/> Objetos particulares/en especial	_____
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Destrucción de Propiedad	<input type="checkbox"/> Fornitura	_____
	<input type="checkbox"/> Electrónicos	_____
	<input type="checkbox"/> Paredes	_____
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Automutilación	<input type="checkbox"/> Rostro	_____
	<input type="checkbox"/> Brazos/Torso	_____
	<input type="checkbox"/> Piernas/Pies	_____
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____

Firma de padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

Firma de empleado de SUS _____ Fecha: _____

Otras preocupaciones: _____



Cuidador Primario

Atención: El participante se transportara a la dirección indicada aquí abajo después de que termine el programa.

Nombre del aplicante: _____

Nombre del cuidador: _____

Numero de teléfono: _____ Numero de teléfono alternativo: _____

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Importante: Favor de escribir sus iniciales dentro de la caja al lado izquierdo para confirmar que ha leído cada sección y que esta de acuerdo con lo escrito. Complete llenando toda la información necesaria y recuérdese de firmar y fechar abajo.

Acuerdo de Colocación Alternativo

Si el Cuidador Primario del aplicante no esta disponible antes, durante, o inmediatamente después de alguna actividad de Services for the Underserved, se le sugiere a Services for the Underserved comunicarse con la Persona nombrada aquí abajo como la "Persona de Colocación Alternativa", la cual se hará responsable por el bienestar del participante mientras el Cuidador Primario no este disponible. Si un especialista del programa ambulatorio de rehabilitación, un asistente recreacional, o algún otro miembro del personal decide que será necesario llamar a la "Persona de Colocación Alternativa" para recoger al participante, la persona de colocación deberá proveer transportación al individuo lo antes posible, o de otro modo deberá estar disponible para recibir al individuo cuando este sea transportado a su dirección. Además, en el caso de que el Cuidador Primario no este en su casa cuando una compañía de transportación llegue, Services for the Underserved llamara a la "Persona de Colocación Alternativa" y transportara al individuo a la dirección notada.

Nombre de padre/madre/tutor: _____

Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Persona de Colocación Alternativo

Nombre: _____

Relacion: _____

Numero de
Telefono: _____

Otro Numero de Telefono: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



Favor de escribir sus iniciales en la caja abajo si esta de acuerdo

Permiso para Publicar Videos/Fotografías

Por la presente doy mi consentimiento para que el nombre, las fotos, o videos del individuo nombrado anteriormente sean utilizadas por parte de Services for the Underserved conjuntamente con publicaciones de prensa, periódicos, o otras publicaciones. Doy autorización sin incurrir en ninguna obligación moral o financiera a mi persona o al individuo.

Optar no participar en publicaciones de videos/fotografías

Tratamiento Medico de Emergencia

En caso de alguna emergencia, entiendo que todo esfuerzo será hecho para contactar al padre/madre, tutor, o contacto alternativa de emergencia del Individuo. Sin embargo, en caso de que no se puedan comunicar conmigo, por el presente doy permiso al doctor general escogido por la administración de SUS para que hospitalice, asegure tratamiento adecuado, ordene inyección, anestesia, o cirugía para mi hijo/hija nombrado arriba.

Optar no participar en Tratamiento Medico de Emergencia

Consentimiento Para La Divulgación de Información

Autorizo por la presente a la divulgación de información medica/clínica/fiscal a/de los archivos de _____. Estos archivos también pueden ser divulgados a/de: _____ con el propósito de organizar servicios médicos/clínicos/fiscales necesarios, y la agencia recibiendo esta información mantendrá la confidencialidad de la información y la usara solo por este propósito. Acceso a esta información será limitada solamente a las personas envueltas en la organización de este servicio, de acuerdo a los reglamentos de Privacidad de HIPPA. Al igual entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Optar no participar en el Consentimiento Para la Divulgación de Información

Consentimiento de Colocación

Yo doy consentimiento para que el individuo anteriormente nombrado reciba servicios proveídos por Services for the Underserved en el emplazamiento anotado aquí arriba.

Consentimiento para participación en excursiones



Doy consentimiento para que el individuo anteriormente nombrado asista a las excursiones organizadas por el programa. Entiendo que los modos de transportación utilizados incluirán caminar, el uso del servicio de camioneta de Services for the Underserved o el uso de algún otro servicio de camioneta contratado. Libero a Services for the Underserved de cualquier responsabilidad o demanda relacionada con estas excursiones.

Acuse de Recibo – Notificación de Practicas de Privacidad

Al inicial este acuse de recibo, reconozco haber recibido una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad de Services for the Underserved-DD Programs, Inc. y por lo tanto he sido informado/a sobre como mi información medica podría ser utilizada o divulgada por Services for the Underserved y como yo podría obtener acceso a esta información.

Autorización de Emergencia

En caso de alguna emergencia medica o una cancelación de emergencia del programa, usted será notificado/a por teléfono. En el caso que usted no sea disponible, el programa de Rehabilitación Ambulatorio se comunicara con una persona alternativa quien actuara en su nombre. Favor de proveer la información solicitada aquí abajo, informándole así al programa del contacto alternativo que debe contactar en caso de que usted no sea disponible.

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de teléfono: _____
 Dirección: _____

Los Derechos del Individuo y la Ley de Jonathan

He leído (o he sido informado de) y he revisado la Declaración de los Derechos del Individuo. Entiendo y estoy de acuerdo con los servicios, los derechos, y las responsabilidades tal como se han explicado para la Rehabilitación Ambulatoria.

He también sido informado/a de mis derechos a:

- Registrar quejas, preocupaciones, o sugerencias.
- Discutir o apelar cualquier servicio o parte de servicio, tratamiento, o planes de colocación.
- Discutir o apelar la aplicación, o adaptación para la denegación de cualquier derecho nombrados aquí.

Procedimiento de Reclamos

He leído (o he sido informado/a de), y he revisado la información proveída sobre el Procedimiento de Reclamos.



He leído (o he sido informado/a de), y he revisado la información proveída sobre la Declaración de Responsabilidad.

Con la siguiente firma demuestro comprensión y estar de acuerdo a cumplir con las condiciones explicadas anteriormente y que he sido testigo de las mismas.

Yo, tutor/abogado de _____ comprendo y estoy de acuerdo con las condiciones anteriormente mencionadas.

Guardián/Testigo/Abogado

Fecha

Participante del Programa

Fecha

Representante del Programa

Fecha