



**Oficina Administrativa**  
P.O. Box 2487, Albemarle, NC 28002

**Oficina de Wilmington**  
P. O. Box 4122, Wilmington, NC 28406  
910-399-1683 910-399-1780 (fax)

**Solo para uso de oficina:**  
Aplicación recibida: \_\_\_\_\_  
Aprobado para servicios: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE SERVICIOS

### **POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA INFORMACIÓN CLARAMENTE**

Por favor seleccione servicio (s) solicitados:

- Residencial     
  Servicios Durante El Día     
  Empleo Apoyado  
 Morrow Valley Farmstead (centro de necesidades médicas)

### INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_  
Nombre                      Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Preferido

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Dónde reside actualmente la persona?: \_\_\_\_\_

Medicaid #: \_\_\_\_\_ Condado de origen de Medicaid: \_\_\_\_\_

Si es aplicable, Medicare #: \_\_\_\_\_

Plan de medicamentos recetados: \_\_\_\_\_

Si corresponde cobertura tercera: \_\_\_\_\_

Diagnóstico confirmado de trastorno del espectro autista:  SI     \* NO

**\* debe tener un diagnóstico confirmado para ser elegible para recibir servicios.**

Aprobación de discapacidad confirmada:  SI     \*NO

**\* debe ser confirmado para ser elegible para recibir servicios.**

Lista de todos los servicios que reciben actualmente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Managed Care Organization (MCO) asociada con? \_\_\_\_\_

¿Exención de Innovations?  SI     NO

**Enumere todos los servicios anteriores que esta persona ha recibido:**

Tipo de servicio/ubicación	Duración de servicios	Razón que los servicios fueron suspendidos
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**INFORMACIÓN LEGAL**

**Estado de tutela**

- Tutor propio    Menor/Custodio    Guardián General    Tutor Limitado    Poder Legal  
 Guardián(es) de la Persona

Nombre del tutor(es): \_\_\_\_\_ Fecha de Calificación: \_\_\_\_\_

**SOCIAL/FAMILIA**

**MADRE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Actual (Calle o PO Box): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**PADRE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Actual (Calle o PO Box): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**HERMANOS**

Nombre	Número de Contacto
_____	(____) _____
_____	(____) _____
_____	(____) _____
_____	(____) _____

**OTRAS PERSONAS SIGNIFICANTES**

Nombre	Relación	Número de Contacto
_____	_____	(____) _____
_____	_____	(____) _____

**INFORMACIÓN DEL DESARROLLO**

INDICAR CON MARCA DE VERIFICACIÓN ✓

Indique si él / ella puede:	SI	NO	BLANK SPACE	Indique el nivel de asistencia que necesita para:	
				-----	<b>Bañar /Duchar</b>
Ordenar por tamaño					No necesita (el/ella puede hacerlo todo)
Ordenar por color					Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Ordenar por función					Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Correctamente deletrear/escribir nombre					Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás
Cuenta 10 o más objetos				-----	<b>Cepillar los Dientes</b>
Decir la hora en punto.					No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)
Decir la media hora					Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Hacer adiciones y restas simples					Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Leer/comprender oraciones simples				Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás	
Leer/comprender periódicos o revistas			-----	<b>Ir al Baño</b>	
Entender el significado de la palabra "no"				No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)	

Entender instrucciones simples				Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Entender instrucciones complicadas				Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Hacer				Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás

Indique si él / ella puede:	SI	NO	BLANK SPACE	Indique el nivel de asistencia que necesita para:	
				<b>----</b>	<b>Vestirse</b>
Relacionar la experiencia cuando se le pregunta					No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)
Contar una historia, o broma					Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Describir planes realistas en detalle					Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Identificar dinero					Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás
Hacer compras simples					<b>----</b>
Dar el cambio correcto					<b>Participar en las tareas del hogar</b>
Usar la cuenta de cheques/ahorros					No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)
Permanecer sin supervisión por un período de tiempo					Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Entiende 911					Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Puede evacuar una situación de emergencia sin avisos					Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás
Puede hacer solicitud de cosas queridas o deseadas					<b>----</b>
Hacer o proporcionar comentarios					<b>Preparación básica de comida</b>
Participar en rutinas sociales					No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)
Puede buscar información de otros					Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
Entiende los gestos					Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
Entiende signos					Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás
Utiliza un sistema especial (por ejemplo, imágenes, objetos, tarjetas)					<b>----</b>
Puede dar información					<b>Alimentarse</b>
Puede rechazar cosas que no son deseables				No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)	
				Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos	
				Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda	
				Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás	

<b>Indique con qué frecuencia, si alguna vez la persona realiza los siguientes comportamientos:</b>	Nunca	No este año	Menos de un vez al mes	Aproximadamente una vez al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Una vez al día o más
Tiene rabieta o arrebatos emocionales							
Daños propios o propiedad de otros							
Interrumpe las actividades de los demás							
Se muerde a sí mismo							
Arañazos / pellizcos a sí mismo							
Se golpea a sí mismo							
Se golpea la cabeza							
Muerde a los demás							
Arañazos / pellizcos a los demás							
Golpea a los demás							
Patea a los demás							
Corre o se aleja							
Roba							
Come / muerde artículos no comestibles							
Mostrar comportamiento sexual inapropiado							
<b>Comentarios Adicionales</b>							

**\*TENGA EN CUENTA: GHA AUTISM SUPPORTS ES UNA ORGANIZACIÓN LIBRE DE RESTRICCIONES Y NO PODEMOS OFRECER SERVICIOS A PERSONAS QUE REQUIEREN EL USO DE INTERVENCIONES RESTRICTIVAS.**

**INFORMACIÓN MÉDICA**

**Alergias: Indique cualquier alergia a los alimentos, las drogas o el medio ambiente junto con las reacciones:**

(Alergia)	(Reacción)
(Alergia)	(Reacción)
(Alergia)	(Reacción)

**Hospitalizaciones y Cirugías Médicas:**

	(Fecha)
	(Fecha)
	(Fecha)

**Hospitalizaciones Psiquiátricas/Estabilización de Crisis:**

	(Fecha)
	(Fecha)
	(Fecha)

**Medicamentos Actuales:**

Nombre del Medicamento	Instrucciones de Dosificación	Prescrito Para

**Medicamentos Anteriores:**

Nombre del Medicamento	Instrucciones de Dosificación	Prescrito Para

**Indicar con marca de verificación ✓**

- Independiente- El individuo es totalmente responsable de su medicación.
- Asistencia- el personal/otros mantienen medicamentos; el individuo participa con asistencia.
- Asistencia Total- El personal/otros asumen la responsabilidad total

**¿Cómo indica que él / ella puede no sentirse bien?**

---



---

**INFORMACIÓN MÉDICA...CONTINUA**

**INDICAR CON MARCA DE VERIFICACIÓN ✓**

✓	<u>Audición</u>	✓	<u>Visión</u>	✓	<u>Movilidad</u>
	Indeterminado		Indeterminado		Camina de forma independiente
	Normal		Normal		Camina independiente, pero con dificultad
	Pérdida leve (Dificultad para escuchar el habla normal)		Deterioro moderado (Problemas para ver distancias, bordillos, etc.)		Camina independiente, con dispositivo correctivo
	Pérdida moderada (Dificultad para escuchar el habla fuerte)		Deterioro severo (No se pueden ver caras, línea en la que escribir o marcar)		Camina solo con la ayuda de otra persona
	Pérdida severa (Solo puede escuchar un discurso amplificado)		Percepción de luz (Ve solo luz y / o sombras)		No camina
	Pérdida profunda		Ciego		

**Comentarios adicionales sobre audición, visión y movilidad:**

---



---

**HÁBITOS DE DORMIR:**

Él/ella típicamente duerme:  Toda la noche  3-5 horas  Menos de 3 horas por noche  
 Él/ella usa:  Cama  Una cama adaptada  Barandillas de la cama

**Comentarios adicionales con respecto a los hábitos de dormir:**

---

¿Tiene él / ella una dieta especial? NO SI

¿Él / ella usa algún alimento especial / adaptativo para comer o beber? NO SI

¿Problemas de asfixia o deglución? NO SI

¿Requiere él/ella personal capacitado en procedimientos especiales de atención médica? NO SI

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

**Respiratorio** (e.g., Asma, Alergias, Fibrosis Quística, Tuberculosis, etc)

NO SI \_\_\_\_\_

**Cardiovascular** (por ejemplo, enfermedad cardíaca, hipertensión, etc.)

NO SI \_\_\_\_\_

**Endocrino** (e.g., Diabetes, Enfermedad de Tiroides, etc)

NO SI \_\_\_\_\_

**Gastro-Intestinal** (e.g., Úlceras, Dificultades Intestinales.)

NO SI \_\_\_\_\_

**Urinario** (e.g., Problemas de Riñon, etc.)

NO SI \_\_\_\_\_

**Neoplástico** (e.g. Cáncer, Tumor, etc.)

NO SI \_\_\_\_\_  
**Neurológico** (e.g. Trazo, Migrañas, Discapacidad de Desarrollo, Convulsiones, Alzheimer, Parálisis Cerebral, etc.)

NO SI \_\_\_\_\_  
**Convulsiones (e.g., heart disease, etc.)**

NO  SI

**Describa las convulsions típicas:**

\_\_\_\_\_

**Frecuencia de las convulsiones:**  Ninguna durante este año pasado  Menos de una vez al mes  
 Una vez al mes  Una vez a la semana  Varias veces a la semana  Una vez al día o mas

Médico Primario Actual: \_\_\_\_\_ Nombre de la Práctica: \_\_\_\_\_

Dirección-Calle/PO Box: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE PRESENTACIÓN**

**POR FAVOR ENVÍE LO SIGUIENTE CON ESTA APLICACIÓN:**

- Evaluación psicológica (evaluación TEACCH preferible) que confirma el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista
- Historial Médico- último físico
- Plan de soporte individualizado (según lo garantizado)
- Otra información según corresponda (enumere por favor):

\_\_\_\_\_

**Esta solicitud de servicios está siendo completada por:** \_\_\_\_\_

**Relación con el solicitante:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal actual- Calle o PO Box:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Principal #:** \_\_\_\_\_ **Teléfono alternativo #:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Aviso: Firmando a continuación, yo / nosotros estamos solicitando voluntariamente servicios de GHA Autism Supports y entendemos que se dará consideración a esta Solicitud de Servicios sin distinción de raza, color o origen nacional.**

**Imprimir nombre:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE ENVÍO DE SOLICITUD**

Una vez completada, *la Solicitud de Servicios* junto con toda la documentación de respaldo solicitada se puede enviar de cualquiera de las siguientes maneras:

**Fax a:** (704) 982-8155

**Correo Electrónico:** [GHAAdmissions@ghainc.org](mailto:GHAAdmissions@ghainc.org)

**Correo:** **GHA Autism Supports**  
**Attention: Application for Services**  
**PO Box 2487 Albemarle, NC 28002**

**¿Todavía tienes preguntas?** Por favor, póngase en contacto con la línea de admisiones y referencias de GHA al: (704) 982-9600 ext. 200

*La Solicitud de Servicios*, junto con otra información relacionada con los servicios prestados por GHA Autism Supports, así como enlaces a recursos valiosos, se pueden encontrar en nuestro sitio web a: [www.ghautismsupports.org](http://www.ghautismsupports.org).

**MISIÓN:** GHA Autism Supports brinda servicios comunitarios de calidad para satisfacer las necesidades únicas de las personas con Trastorno del Espectro Autista.

**VISIÓN:** Crearemos entornos en los que se entienda a personas de todas las edades con Trastorno del Espectro Autista, valoradas por su diversidad y se les den oportunidades para crecer, así como también contribuir a la comunidad.

**VALORES:** Valoramos la singularidad de cada persona con Trastorno del Espectro Autista y buscamos incorporar sus fortalezas, habilidades y elecciones en la planificación y provisión de servicios.