DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

Servicios de Colocación Voluntaria (“VPS”) Comunicado del Equipo Médico para Hogares de Tutela Temporal (“FCMT”)

Voluntary Placement Services (VPS) Foster Care Medical Team (FCMT) Communication

Información del menor

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL INTERMEDIA

FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino	ORIGEN ÉTNICO	IDENTIFICACIÓN ACES DEL CLIENTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

EL CLIENTE RESIDE EN EL SIGUIENTE TIPO DE COLOCACIÓN (MARQUE UNA OPCIÓN)	EXENCIÓN HCBS CORE ☐ Sí ☐ No	ELEGIBLE PARA ROADS TO COMMUNITY LIVING (AVENIDAS PARA LA VIDA COMUNITARIA) ☐ Sí ☐ No
☐ Hogar de tutela temporal para menores ☐ Institución residencial con personal ☐ Institución de cuidado grupal	FECHA DE APROBACIÓN PARA EXENCIÓN HCBS	FECHA DE ENTRADA EN COLOCACIÓN VOLUNTARIA

Información de padres de tutela temporal

APELLIDO	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ( )

DIRECCIÓN DE HOGAR DE TUTELA TEMPORAL	CIUDAD	ESTADO WA	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)	CIUDAD	ESTADO WA	CÓDIGO POSTAL

Información de la institución residencial con personal / institución de cuidado grupal

AGENCIA RESIDENCIAL	NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ( )

DIRECCIÓN RESIDENCIAL	CIUDAD	ESTADO WA	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)	CIUDAD	ESTADO WA	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL CONTACTO PRINCIPAL	NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ( )

Información del Trabajador Social de VPS de la DDA

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL	NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ( )

OBLIGATORIO (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- ☐ Nueva solicitud
- ☐ Dirección del cliente actualizada
- ☐ Cambio de trabajador social de la DDA
- ☐ Evaluación anual
- ☐ Final del año de RCL y transferencia a exención HCBS
- ☐ Sin cambios en el servicio
- ☐ Ya no es cliente de la DDA (escriba el motivo en el espacio de comentarios)
- ☐ Otro (escriba la información o solicitud en el espacio de comentarios)
- ☐ Escriba DDASW en evaluación AREP para Medicaid / Programa de exención

COMENTARIOS

Información del Trabajador social de FCMT

NOMBRE DEL TRABAJADOR DE FCMT	NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ( )	NÚMERO DE FAX ( )