

SPECIAL NEEDS TRUST FOUNDATION

Hoja de información

Persona con necesidades especiales:		
Nombre	NCSS:	
Domicilio particular	N.º de Tel.	
Ciudad	Estado	Código postal
Proveedor residencial:		
Nombre	N.º de Tel.	
Tipo de residente	Comentarios	
<input type="checkbox"/> Hogar comunitario	_____	
<input type="checkbox"/> Alojamiento y asistencia	_____	
<input type="checkbox"/> Hogar de residencia/enfermería	_____	
<input type="checkbox"/> Vive en forma independiente	_____	
<input type="checkbox"/> Con la familia o un pariente	¿Quién? _____	
<input type="checkbox"/> Otro	Describir _____	
Fecha de ingreso en esta residencia	AÑOS	

Contacto de Special Needs Trust Foundation		
Agencia asignada		Nombrada en Consentimiento
Access To Independence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arc San Diego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Community Catalysts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employment & Community Options	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Developmental Services Continuum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Home of Guiding Hands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAMI San Diego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sharp Healthcare Foundation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
St. Madeleine Sohpie's Center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
United Cerebral Palsy Assoc. SD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unyeway	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista Hill Foundation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Quién más conoce a la persona con necesidades especiales?		
Nombre	_____	
Relación	N.º de Tel. _____	

Datos personales sobre la Persona con necesidades especiales			
Cumpleaños	Edad	Sexo	
Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Otro
Legalmente competente	Sí	No	
Elegible para Medicare	Sí	No	

Tipo/nombre de seguro médico	N.º de Tel. _____
Tipo/nombre de seguro dental	N.º de Tel. _____
Tipo/nombre de otra cobertura de seguro	N.º de Tel. _____

Ingreso del SSI/SSA (describir)	_____
Fideicomiso y/u otro ingreso (describir)	_____
Nombre del representante/beneficiario del Seguro Social	N.º de Tel. _____

Nombre del centro regional (si es elegible):	N.º de Tel. _____
Administrador de caso y unidad asignada	_____

Otras agencias que proporcionan servicios	N.º de Tel. _____
Tipo de servicios y persona de contacto	_____

DISCAPACIDAD/DIAGNÓSTICO (Use hoja(s) adicional(es) de ser necesario)	Convulsiones	Sí	No
---	--------------	----	----

Médico(s) personal(es)	Especialidad	N.º de Tel.
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hospital preferido	Dirección	N.º de Tel.
_____	_____	_____

Método(s) o fuente(s) de aprovisionamiento de fondos (enumere todas las opciones correspondientes)	Valor estimado US\$ _____
1. Fondos actuales (Activos descritos en documento adjunto "A")	US\$ _____
2. Fondos futuros vía Donantes:	
Testamento	US\$ _____
Fideicomiso en vida	US\$ _____
Seguro de vida	US\$ _____
Otro	US\$ _____

Revisión 4/11/2005	Asignación a (Agencia) _____	Fecha _____
--------------------	------------------------------	-------------