

**LANE COUNTY SISTEMA DE CUIDADO**

**WRAPAROUND (ASISTENCIA INTEGRAL)**

**FORMULARIO DE SOLICITUD**

**Fecha de solicitud:** Oprima aquí para anotar su la fecha.

**cliente:** Oprima aquí para anotar su texto

**Fecha de Nacimiento/Edad:** Oprima aquí para anotar su texto

**Número de identificación de OHP:** Oprima aquí para anotar su texto

**Nombre de la persona con quien vive eL cliente:**

**Número de teléfono :** Oprima aquí para anotar su texto

**Domicilio:** Oprima aquí para anotar su texto

**Relación con el/la joven:** Oprima aquí para anotar su texto

**GuArdián (Persona con la custodia legal):** Oprima aquí para anotar su texto

**Número de teléfono:** Oprima aquí para anotar su texto

**Domicilio:** Oprima aquí para anotar su texto

**Relación con el/la joven:** Oprima aquí para anotar su texto

**Idioma de preferencia:** Oprima aquí para anotar su texto

**Agencia QUE ENVÍA LA SOLICITUD:** Oprima aquí para anotar su texto

**Nombre de la persona que envía la solicitud:** Oprima aquí para anotar su texto

**La relación con la familia de la persona enviando la solicitud:** Oprima aquí para anotar su texto

**Número de teléfono de la persona que envía la solicitud:** Oprima aquí para anotar su texto

**El correo electrónico de la persona que envía la solicitud:** Oprima aquí para anotar su texto

**Diagnóstico de salud mental:** Oprima aquí para anotar su texto

**Describa los comportamientos actuales que interfieren con el éxito del/a joven en diferentes situaciones:** Oprima aquí para anotar su texto

**Describa los estresores que la familia está viviendo actualmente** Oprima aquí para anotar su texto

**Describa las fortalezas del/a joven y de la familia:**  Oprima aquí para anotar su texto

**Criteria de Wraparound (asistencia integral):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ | **Edad 0-17** | | | | | |
| ☐ | **Eligible para el Oregon Health Plan (Plan de salud de Oregon):** | | | | | |
|  | ☐  ☐ | Trillium Community Health Plan  PacificSource Community Solutions - Lane | | | | |
| ☐ | **El consentimiento para evaluación ha sido firmado y esta adjunto con la solicitud** | | | | | |
| **Participación en dos o más de los siguientes sistemas:**  *\*Incluya un narrativo describiendo las necesidades del/a joven en relación con cada*  *sistema y la persona de contacto.* | | | | | | |
| **SALUD MENTAL:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: la meta principal de la familia en relación con su salud mental; proveedor corriente; historia más reciente sobre el tratamiento de la salud mental. | | |
| **Ha estado en tratamiento residencial en los últimos 6 meses** | | | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: la fecha de descargo, la facilidad/agencia, etc. |
| **DEPT. SERVICIOS JUVENILES/ AUTORIDAD JUVENIL DE OREGON:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: describa si hay intervención de parte de justicia juvenil o sistema legal, persona de contacto, etc. | | |
| **DHS BIENESTAR JUVENIL:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: información de contacto para el trabajador/a social, describa su participación con este sistema, etc. | | |
| **Crossover Youth** (Joven involucrado en el sistema judicial y con el departamento de servicios sociales)**:** | | | ☐ |  | | |
| **SERVICIOS DE DISCAPACIDAD DE DESAROLLO:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: discapacidades que sospecha tiene o ya se ha diagnosticado que tiene, describa la relación con el/a joven o la familia y su estatus actual, persona de contacto, etc. | | |
| **DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: específico al/a joven, historial de tratamiento, proveedor/a, etc. | | |
| **ESCUELA:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: nombre de la escuela, grado, relación con programas especializados- IEP (programa de educación individualizada), 504, etc. | | |
| **SALUD FÍSICA EN CONDICION CRÍTICA** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: describa su salud física en condición crítica, diagnóstico médico, personal de salud que le atiende, persona de contacto, etc. | | |
| **OTRA PARTICIPACIÓN EN SISTEMAS FAMILIARES:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: inestabilidad para cubrir sus necesidades básicas como comida o alojamiento, O algunos otros sistemas como inmigración, empleo, etc. | | |

**PARA DETERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DEVUELVA ESTA SOLICITUD Y SU CONSENTIMIENTO A:**

\*\* Para miembros de Trillium Community Health Plans via FAX 1-866-683-5621

\*\*Para miembros de PacificSource Community Solutions – Lane via FAX 1-541-385-3123

**WRAPAROUND (ASISTENCIA INTEGRAL) COMITÉ DE DETERMINACIÓN**

**CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN**

Yo entiendo que se ha hecho una recomendación para que mi joven y familia ingresen al programa de facilitación de Wraparound (asistencia integral).

El comité de determinación de Wraparound (asistencia integral) va a revisar la solicitud y otros documentos enviados por el personal de salud o apoyo para determinar si el proceso de Wraparound es apropiado. Esto incluye la revisión de necesidades, apoyos, y agencias involucradas. Este comité está compuesto de representantes de las organizaciones de cuidado coordinado en el condado de Lane (Trillium Community Health Plan o PacificSource Community Solutions – Lane), Direction Service, Oregon Family Support Network (OFSN), Youth E.R.A., y Centro Latino Americano.

Yo entiendo que nuestra participación en el programa de facilitación de Wraparound (asistencia integral) es voluntaria y al firmar abajo yo doy permiso para que se revisen los documentos pertinentes para determinar la elegibilidad. Yo puedo revisar y dar mi opinión sobre la información que se incluye en esta solicitud enviada por el personal que está apoyando a mi familia. También entiendo que la información sobre nuestra salud está protegida por la ley federal y la ley estatal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del/a joven (requisito si tiene más de 14 años) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de guardián/madre o padre Fecha