PROGRAMA DE SERVICIOS APOYO FAMILIAR ENCUESTA DE MAYOR NECESIDAD (FSSP MIN)

Esta no es la solicitud becaria. Se enviara por correo separado en una fecha posterior.

Nombre del Solicitante:	**Fecha de Nacimiento:**	**Edad:**
Su diagnóstico (si procede):		
Forma Completado Por:	**Relacion al Individuo:**	
Dirección:	**Correo Electrónico:**	
Ciudad, Codigo, Zip:	**Condado:**	
Teléfono de Casa:	**Celular:**	
Fecha de Hoy:		

INSTRUCCIONES: En cada categoría abajo, por favor de marcar la categoría en que usted siente que mejor describe el retraso o discapacidad del miembro de la familia.

Por favor de marcar UNA caja en el área de necesidades Y UNA caja en el área de recursos para cada categoría.

1. MOVILIDAD

NECESIDADES *Considerar equilibrio, coordinación, y la cantidad de ayuda necesitado para mover y mover entre lugares; comparar con lo que se espera demás de la misma edad que el niño*

	La persona puede caminar independientemente; movilidad no está limitado, persona tiene el uso completo de sus manos y pies.
	La persona puede caminar con poca asistencia, tiene el uso de manos y pies.
	La persona no puede caminar; tiene uso limitado de sus manos y pies; puede ayudar parcialmente con traslados; peso/tamaño no es un problema.
	La persona no puede caminar o moverse independientemente, no puede ayudar con traslados, y/o su peso/ tamaño los hace difíciles.

RECURSOS *Considerar disponibilidad a equipo adaptado, terapias, ayuda de otras personas, agencias, y fondos de financiamiento*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas**.
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

2. EL OIDO/LA AUDICION

NECESIDADES *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

	No hay preocupaciones con la audición.
	La persona tiene pérdida de audición leve.
	La persona tiene pérdida de audición moderada.
	La persona tiene una profunda pérdida de audición.

RECURSOS *Considerar disponibilidad de aparatos de audición, especialistas, y fondos de financiamiento*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas**.
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

3. VISION/VISTA

NECESIDADES *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

	No hay preocupaciones de la vista.
	Visión puede ser corregida con gafas o lentes de contacto.
	Tiene baja capacidad para ver, aun con gafas o lentes de contacto.
	Hay poca o ninguna visión funcional.

RECURSOS Considerar disponibilidad de lentes correctivos o tecnología de asistencia, especialistas, y fondos de financiamiento

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas**.
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

4. CUIDADO MEDICO/ENFERMERO

NECESIDADES *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

	La persona no necesita más cuidado médico aparte de citas médicas rutinas.
	La persona necesita más cuidado médico que las citas rutinas.
	La persona necesita cuidado médico por una enfermedad aguda o frecuente condición médica.
	La persona tiene necesidades médicas que considerablemente afectan su habilidad de participar en casa, escuela, y actividades en la comunidad.

RECURSOS *Considerar suficiente cobertura médica, acceso a la asistencia médica, etc.*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas**.
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

5. TRANSPORTE

NECESIDADES *¿El vehículo está equipado adecuadamente a su niño? ¿La transportación es difícil? ¿Gastas mucho tiempo excesivo en la transportación a las citas médicas?*

	La persona/familia tiene una situación típica del transporte.
	La participación de la persona/familia en casa, escuela, o actividades de la comunidad se interrumpe por lo menos una vez por semana al resultado de la falta de transporte.
	La participación de la persona/familia en casa, escuela, o actividades de la comunidad se interrumpe más que una vez por semana al resultado de la falta de transporte.
	La persona/familia no tiene ningún acceso fiable al transporte.

RECURSOS *Disponibilidad o presencia de rampas, adaptaciones de vehículos, otro ayuda de familia, amigos, o agencias.*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas**.
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

6. CUIDADO PERSONAL

NECESIDADES *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

	La persona puede completar actividad de cuidado personal.
	La persona necesita recordatorios verbales para empezar/completar algunas de las actividades diarias.
	La persona necesita asistencia física para completar la mayoría de las actividades diarias.
	La persona necesita cuidado completo y no es típico según su edad.

RECURSOS *Disponibilidad de apoyo de la familia, amigos, o agencias.*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas**
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

7. SUPERVISION

NECESIDADES *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

	La persona necesita supervisión típica por su edad.
	La persona necesita supervisión ocasionalmente.
	La persona necesita supervisión frecuentemente.
	La persona necesita supervisión continuamente (no puede estar solo sin supervisión)

RECURSOS *Considerar cuidado compartido entre otras personas en el hogar, apoyo de miembros de la familiar, amigos, vecinos, y agencias.*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas.**
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

8. COMPORTAMIENTO

NECESIDADES *Considerar comportamiento inapropiado contra sí mismo, otros y/o propiedad, huir, vagar, llorar/gritar espontáneamente, comparar al desarrollo típico según su edad.*

	No hay preocupaciones de comportamiento.
	Hay preocupaciones de comportamiento leves. Tal vez requiere acuerdos verbales, redirección, o supervisión pero no generalmente no resulta en daños a uno mismo, otros o propiedad.
	Hay preocupaciones de comportamiento moderados. Demuestra comportamiento inapropiado que arriesga a sí mismo y/o otras personas; necesita intervención por los menos semanalmente.
	Hay preocupaciones extremos de comportamiento. Demuestra comportamiento inapropiado que arriesga a sí mismo y/o otras personas; necesita intervención diariamente.

RECURSOS *Considerar descansos de cuidado, terapias, apoyo de otros/agencias.*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas.**
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

9. COMO DUERME/SUENO

NECESIDADES *Comparar a hábitos de sueño que son apropiados según la edad*

	No hay problemas de dormir.
	Hay trastornos leves en los hábitos de sueño que ocurren aproximadamente una vez por semana.
	Hay trastornos moderados en los hábitos de sueño que ocurren entre dos y cinco veces por semana.
	Hay trastornos serios en los hábitos de sueño que requieren mucha intervención durante la noche.

RECURSOS *Considerar cuidado compartido, descansos de supervisión constante, uso de ayudas del sueño/medicamentos, ambiente modificada para dormir.*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas.**
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

10. COMUNICACION

NECESIDADES *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad.*

	No hay preocupaciones en cuanto a la comunicación.
	Hay preocupaciones leves en cuanto la comunicación. Necesidades y deseos son cubiertos regularmente a través de comunicación verbal limitada con personas conocidas y también desconocidas.
	Hay preocupaciones moderadas en cuanto a la comunicación. Usa otras maneras de comunicar como gestos, PECS o un aparato; entendido solo por personas conocidas.
	Hay preocupaciones serias en cuanto la comunicación. Tiene habilidades limitadas o inconsecuentes para comunicarse con otras personas.

RECURSOS *Considerar disponibilidad de dispositivos de comunicación, uso de lenguaje de señas, entendimiento del cuidador de lenguaje personal, gestos, y expresiones.*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas.**
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

11. ACCESO A GRUPOS DE APOYO

NECESIDADES *Comparar con las rutinas regulares de la familia, actividades, y participación en la comunidad*.

	Estos cosas no se afectan porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.
	Estos cosas se afectan un poco porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.
	Estos cosas se afectan moderadamente porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.
	Estos cosas se afectan extremadamente porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.

RECURSOS *Considerar cuidado compartido, apoyo de familia extendida, amigos, iglesia, organizaciones comunitarias, agencias.*

	No hay necesidades en esta categoría.
	Necesidades **son completamente cubiertas.**
	Necesidades **son generalmente cubiertas.**
	Necesidades **son ocasionalmente cubiertas.**
	Necesidades **NO son cubiertas.**

Tipo do Servicio que Necesita:

12. COMPOSICION Y ESTABILIDAD FAMILIAR

Por favor de marcar la caja que mejor represente su situación de familia/hogar:

0 =no hay problema o no aplique 1 = problemas leves 2 = problemas moderados 3 = problemas graves				
0	**1**	**2**	**3**	
				a) Las relaciones son tensas dentro nuestra familia.
				b) Hay otros niños o adultos con discapacidades / retrasos / enfermedades en el hogar.
				c) Hermanos muestran signos de estrés debido a un familiar con una discapacidad del desarrollo que viven en el hogar.
				d) Nuestra familia tiene la responsabilidad de otros miembros de la familia extendida.
				e) En el último año, hubo un/a divorcio, separación, muerte o nuevo miembro de la familiar.
				f) Las actividades de la familia se centran sobre las necesidades del miembro de la familia con discapacidades del desarrollo.
				g) El cuidador pasa tiempo excesivo fuera del trabajo para cubrir las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/desarrollo.
				h) El cuidador tuvo que dejar el trabajo o no puede trabajar debido a las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo.
				i) El cuidador pasa mucho tiempo coordinando las varias necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo.
				j) El cuidador tiene estrés.
				k) Hay dificultades adicionales debido a la edad/salud del cuidador.
				l) El cuidador tiene dificultades adicionales porque la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo está en casa todo el día (no escuela/alivio a los cuidadores)

Tipo do Servicio que Necesita:

13. RECURSOS ADICIONALES
Por favor de CIRCULAR los recursos que recibe cualquier miembro de su hogar

CHP+	C-HCBS	CHRP	CLLI	Commodities	Early Intervention
EBD	HCA	LEAP	Medicaid	Waiver de Salud Mental	Quest Card
RCCO	Section 8	SNAP	RCCO	SSI	TANF
TBI	WIC	Otro:			

☐ *Marcar aquí si usted desea que la navegadora de apoyo familiar habla con usted acerca sus necesidades o recursos*

Yo verifico que esta información indicada sea verdad y lo mejor de mi conocimiento

_____ _____

(Firma) (Fecha)

POR FAVOR DEVOLVER TODAS LAS PÁGINAS COMPLETADAS A:

Correo: Imagine! 1400 Dixon Ave Lafayette, CO 80026 Attn: FSSP
Fax: 303-665-2648 Attn: FSSP (Por favor de enviar doble paginas)
Correo Electrónico: FSSP@imaginecolorado.org