



Paquete de solicitud de admisión

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apoyo diurno | <input type="checkbox"/> Creación de redes comunitarias | <input type="checkbox"/> Transición senior «Mi turno» |
| <input type="checkbox"/> Empleo asistido | <input type="checkbox"/> Servicios B3 | <input type="checkbox"/> Vida en la comunidad y asistencia |

Léalo con mucha atención: Todas las solicitudes presentadas al Enrichment Center deben completarse en su totalidad y se debe adjuntar toda la documentación exigida a fin de ser tenido en cuenta. Las solicitudes que contengan formularios incompletos, información faltante o documentos adjuntos faltantes, no se remitirán a la comisión para su revisión y selección. Tenga en cuenta que *todos los solicitantes deben ser mayores de 18 años*. Si tiene preguntas o necesita asistencia para completar esta solicitud, comuníquese con Sheryl Hardin al (336) 837-6856.

Lista de requisitos

- El solicitante ha obtenido la aprobación para recibir servicios Innovations Waiver
- Se adjunta la copia de la última evaluación psicológica del solicitante
- Se adjunta la copia del documento de la tutela, si correspondiere
- La solicitud contiene el nombre del Coordinador de Atención del solicitante
- La solicitud contiene números de contacto de emergencia y **al menos una dirección de correo electrónico de contacto**

Las personas en el Enrichment Center participan en una serie de actividades tanto dentro como fuera del establecimiento tales como picnics, fiestas de fin de año, viajes a Hanging Rock y la feria Dixie Classic Fair. También hacen arte usando una serie de medios que incluyen lona, lino, arcilla, vidrio de color, artículos de bisutería y más. El Enrichment Center busca donaciones benéficas en toda la comunidad para solventar estos gastos adicionales. Para más información sobre cómo ayudar, visite nuestro sitio web: www.enrichmentarc.org/how-help

Parte I: Información demográfica

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Primer nombre Segundo nombre o apodo Apellido

Dirección _____
Apartamento, Unidad, Suite

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

N.º de teléfono principal _____ Correo electrónico _____

Situación de vida actual

- Residencia privada, vida independiente Residencia privada, vida con familia o amigos
 Residencia privada, vida con personal auxiliar remunerado Vida en un hogar grupal Otras

Describe hogar grupal u «otras» _____

Raza

- Afroamericano Asiático Caucásico Hispano o latino Nativo americano
 Hawaiano nativo u otros isleños del Pacífico Dos o más razas (no hispano/latino) Se abstiene

Género _____

Ciudadanía

- Estados Unidos de América Otra Tengo estatus de residencia permanente (tarjeta verde)

Parte II: Tutela

Soy mi propio tutor Tengo un tutor nombrado por juez Fecha decisión del juez _____

Nombre del tutor _____ Relación _____

N.º casa _____ N.º laboral _____ N.º _____



_____ celular _____

Correo electrónico _____

Dirección _____
Si no es la dirección de los padres *Apartamento, Unidad, Suite*

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Lugar de trabajo _____ Cargo _____

Parte III: Familia / Círculo de apoyo

Nombre _____ Relación _____

N.º casa _____ N.º laboral _____ N.º celular _____

Correo electrónico _____

Dirección _____
Apartamento, Unidad, Suite

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Nombre _____ Relación _____

N.º casa _____ N.º laboral _____ N.º celular _____

Correo electrónico _____

Dirección _____
Apartamento, Unidad, Suite

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Nombre _____ Relación _____

N.º casa _____ N.º laboral _____ N.º celular _____

Correo electrónico _____

Dirección _____
Apartamento, Unidad, Suite

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Nombre _____ Relación _____

N.º casa _____ N.º laboral _____ N.º celular _____

Correo electrónico _____

Dirección _____
Apartamento, Unidad, Suite

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Parte IV: Médica

Médico de atención primaria _____ N.º oficina _____

Nombre de práctica médica _____

Dirección _____
Oficina, Unidad, Suite

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Hospital preferido: Forsyth Medical Center Wake Forest University Baptist Medical Center

Kernersville Medical Center Otro _____

Dentista _____ N.º oficina _____

Nombre de práctica dental _____

Dirección _____
Si no es la dirección de los padres Oficina, Unidad, Suite

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Estoy asegurado con Medicaid Número de Medicaid _____ Tengo Medicare

Tenga en cuenta que las admisiones al Enrichment Center se otorgan exclusivamente a personas diagnosticadas con discapacidad intelectual/del desarrollo o discapacidad cognitiva específica como lesión cerebral traumática. Si se aplican más de un diagnóstico, use los números para marcar los casilleros, colocando el número «1» al lado del diagnóstico primario, un «2» al lado del diagnóstico secundario, etc. Muchas personas que viven con discapacidad intelectual/del

desarrollo también padecen problemas de salud conductual/mental Nos resulta útil que estemos atentos a dichas afecciones a fin de brindar la mejor calidad de atención posible.

Diagnósticos de discapacidad intelectual/del desarrollo/cognitiva

Discapacidad intelectual Leve Moderada Grave Profunda Parálisis cerebral

Trastorno autista Síndrome de Down Otros _____

Diagnósticos de salud conductual/mental

Trastorno depresivo Trastorno bipolar Ansiedad Trastorno de estrés postraumático

Otros diagnósticos de salud conductual _____

Discapacidades físicas/sensoriales

Visión Audición Habla Ambulación Otras _____

*continua en la página siguiente

Tecnología asistida

Describa los dispositivos, tecnología o alojamientos que usa o le gustaría usar en el futuro a fin de vivir de manera satisfactoria con la discapacidad(s) indicada(s). Si no conoce la tecnología asistida, sus aplicaciones o beneficios, comuníquese con la oficina del Programa de Tecnología Asistida de Carolina del Norte (*North Carolina Assistive Technology Program, NCATP*) al (336) 716-8030

Enfermedad reciente

¿Usted está enfermo o ha sufrido una enfermedad importante en los últimos 12 meses? Sí No

Nombre de la enfermedad _____ ¿Fue hospitalizado? Sí No

Describa el tratamiento y cualquier seguimiento solicitado _____

Convulsiones

No tengo historial médico de convulsiones (*Pasar a Alergias a continuación*) Me han diagnosticado epilepsia

He sufrido o me han observado que he sufrido el siguiente tipo(s) de actividad epiléptica:

Convulsiones tónico-clónicas Episodios de ausencia Convulsiones mioclónicas Convulsiones clónicas Convulsiones tónicas Convulsiones atónicas Desconoce

Frecuencia / gravedad de convulsiones

¿Puede explicar en detalle sus convulsiones? (la frecuencia y gravedad)

Alergias

Indique en la sección «Tratamiento» si la alergia es una potencial amenaza para la vida y si se debería contactar a la atención médica de emergencia de inmediato.

Sustancia _____ Reacción _____

Atención y
tratamiento

Sustancia _____ Reacción _____

Atención y
tratamiento

Alérgeno _____

Reacción _____

Atención y
tratamiento

Sustancia _____

Reacción _____

Atención y
tratamiento

Sustancia _____

Reacción _____

Atención y
tratamiento

Parte V: Medicaciones

Complete el cuadro que aparece a continuación usando la información tal como aparece en la prescripción. Use el nombre genérico de la medicación si es lo que está tomando. Si toma 50 mg de una medicación pero en realidad toma dos comprimidos de 25 mg, escriba «25 mg» debajo de «Dosis» y el número «2» debajo de «Cantidad». Si toma la misma medicación más de una vez al día, registre la cantidad de veces por día debajo de «Frecuencia». Del mismo modo, registre los momentos en los que normalmente toma su medicación debajo de «Hora del día», (por ejemplo: 10 A. M. / 8 P. M.). Si está autorizado para automedicarse, indique qué medicamentos tomará por su cuenta marcando el círculo al lado del nombre de la medicación que se indica a continuación.

NOMBRE MEDICACIÓN (tal como aparece en la prescripción)	DOSIS	CANTIDAD	FRECUENCIA	HORA del DÍA
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

Instrucciones adicionales

Use el espacio que aparece a continuación para brindar información o instrucciones adicionales. Por ejemplo, algunos medicamentos deben tomarse con alimentos y otros sin ellos. También tenga en cuenta que si hubo episodios previos de efectos secundarios de reacciones adversas y lo que nuestro personal debería hacer en caso de que detectemos estos síntomas.

Parte VI:

En el Enrichment Center, creemos que toda conducta es una forma de comunicación. Las personas suelen actuar con una determinada conducta cuando tienen problemas para comunicarse en una forma más tradicional. Si sabemos qué conductas son más frecuentes para cada participante, podemos entender mejor a esa persona y buscar maneras más creativas de comunicarnos con mayor eficacia.

Use este instrumento para identificar a esas conductas que otras personas cercanas al solicitante (incluida la familia) asociarían con el solicitante. No hay conductas «buenas o malas». Las personas enfrentan las frustraciones de manera diferente, algunas se tornan tranquilas y retraídas mientras que otras se tornan más chillonas y agresivas cuando ambas enfrentan la misma dificultad. Para cada conducta identificada, use la escala que aparece a la derecha para calcular la frecuencia con la que se observa la conducta. Si la persona NUNCA ha demostrado ninguna conducta, elija «0» en lugar de dejar un espacio en blanco.

Mentir o tratar de ocultar la verdad	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Negarse a cumplir instrucciones	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Pelear, golpear, agarrar o abofetear	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Jugar con genitales o pechos	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Ser retraído	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Desvestirse en momentos inadecuados	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Huir (irse intencionalmente)	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Alejarse (no permanecer en un lugar)	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Destruir propiedad, rasgarse las prendas	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Agresividad, usar voz/lenguaje intimidante	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Autolesionarse	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Ansiedad, insomnio producido por preocupaciones	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Robar, usar la propiedad de otros sin permiso	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Hacer ruidos fuertes	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Escupir	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Demostración en público de conducta sexual inadecuada	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Sobreestimulación	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Ensuciarse como una forma de llamar la atención	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Arrancar cabello o morder	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5
Otros: _____	0	1	·	·	·	2	·	·	·	3	·	·	·	4	·	·	·	5

Parte VII: Transporte

Indique su modalidad de transporte para llegar al Enrichment Center y retirarse de él

- Conduzco mi vehículo personal
 Mi tutor me traslada
 Uso TransAid
- Uso transporte/autobús público con ruta fija
 No tengo ninguna modalidad de transporte en este momento
- Necesito asistencia para coordinar el transporte

Parte VIII: Educación

Escuela actual o última escuela donde
asistió _____

Finalicé mi: Diploma de la preparatoria Certificado de graduación Fecha _____

Si todavía está en la escuela, ¿en qué fecha considera que se graduará (o cumplirá 22 años)? _____

Parte IX: Empleo

Documente su historial laboral hasta su cuarto empleador inclusive (si correspondiere). Usted puede incluir la experiencia laboral dentro del ámbito escolar y cualquier trabajo voluntario que haya realizado de manera periódica durante un período determinado de al menos tres meses. Comience con su empleador actual o último empleador y anote en orden cronológico inverso (del último al primero).

Empleador _____ Cargo _____

Fecha de comienzo _____ Fecha de finalización _____ Teléfono _____

Tareas _____

Motivo fin relación laboral _____

Empleador _____ Cargo _____

Fecha de comienzo _____ Fecha de finalización _____ Teléfono _____

Tareas _____

Motivo fin relación laboral _____

Nunca fui empleado Me interesaría analizar oportunidades de trabajo

Me gustaría trabajar Tiempo completo Tiempo parcial _____ Horas por semana (promedio)

Parte X: Intereses

En base a su recorrido y toda la información que ha adquirido en el Enrichment Center, ¿cuál de los siguientes casos serían de su interés? Marque el casillero al lado de cada clase que considera que le gustaría probar o informarse más sobre ella. Si desea recibir más información, puede pedir una copia de las descripciones de nuestro curso a nuestro Director del Programa Diurno Académico (Academic Day Program Manager). Si ve algo aquí que realmente no le gusta, puede informarnoslo al trazar una línea sobre ello.

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arte | <input type="checkbox"/> Cocinar | <input type="checkbox"/> Salud | <input type="checkbox"/> Música –
composición musical |
| <input type="checkbox"/> Bailar | <input type="checkbox"/> Preparación para el
empleo | <input type="checkbox"/> Comunicaciones | <input type="checkbox"/> Música - voz |
| <input type="checkbox"/> Periodismo | <input type="checkbox"/> Habilidades para la vida | <input type="checkbox"/> Estudios académicos
funcionales | <input type="checkbox"/> Salud/entrenamiento
físico |
| <input type="checkbox"/> Fotografía | <input type="checkbox"/> Cerámica/vitrofundición | <input type="checkbox"/> Conceptos básicos
de computación | <input type="checkbox"/> Extensión
comunitaria |

Parte XI: ¿Qué le produce alegría?

Marque todas las diferentes actividades que le producen alegría. No importa cuán frecuentemente las practica, solo si le gusta o no hacerlas. A continuación puede hablarnos sobre cosas que no ha hecho y que le gustaría hacer en el futuro.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cocinar en casa | <input type="checkbox"/> Escuchar música | <input type="checkbox"/> Pasar tiempo a solas |
| <input type="checkbox"/> Bailar | <input type="checkbox"/> Hacer artesanías | <input type="checkbox"/> Pasar tiempo con mi familia |
| <input type="checkbox"/> Hacer actividades de
entrenamiento físico | <input type="checkbox"/> Pintar o dibujar | <input type="checkbox"/> Pasar tiempo con amigos |
| <input type="checkbox"/> Salir a comer afuera | <input type="checkbox"/> Jugar juegos de computadora | <input type="checkbox"/> Nadar |
| <input type="checkbox"/> Ir a conciertos | <input type="checkbox"/> Practicar deportes | <input type="checkbox"/> Hacer caminatas al aire
libre |
| <input type="checkbox"/> Navegar por Internet | <input type="checkbox"/> Practicar mi fe | <input type="checkbox"/> Viajar, pasear |
| <input type="checkbox"/> Acudir a citas | <input type="checkbox"/> Leer libros, revistas | <input type="checkbox"/> Usar una computadora |
| <input type="checkbox"/> Ir al cine | <input type="checkbox"/> Hacer compras | <input type="checkbox"/> Mirar televisión, DVDs |
| <input type="checkbox"/> Tener mascotas | <input type="checkbox"/> Cantar | <input type="checkbox"/> Escribir cuentos o poesía |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |



The
Enrichment
Center

It's About Life, Not Limitations

¡Cuéntenos más en el reverso, si lo desea!

Parte XII: Historia social

Responda a cada una de las preguntas hasta donde sea posible. Si necesita asistencia o necesita que se le aclare cualquiera de las preguntas, puede comunicarse con la Especialista en Ingresos, Sheryl Hardin, al (336) 837-6856.

Describa su situación de vida actual.

¿Quién forma parte de su círculo de apoyo?

¿Cuántos años estuvo en la escuela y cuál es el máximo grado completado?

¿Cómo fue su experiencia general en la escuela? ¿Hubo eventos o desafíos destacados?

¿De qué manera usted y los demás describen su nivel actual de autoasistencia?

Continuación de página anterior

¿Cómo describiría su interacción social y la comunicación con los demás?

¿De qué manera sus necesidades actuales se tuvieron en cuenta en su decisión para inscribirse en el Enrichment Center?

¿De qué manera el Enrichment Center lo ayudará a lograr el futuro que usted desea?

¿Existe alguna afección médica o limitación física que le impide que participe a pleno?

¿De qué maneras podemos ayudarlo con posibles problemas emocionales, intelectuales o conductuales (explique los factores desencadenantes o historial de traumas)?

La siguiente escala nos ayudará a determinar el nivel de atención que necesitará para que podamos brindar servicios individualizados. Estos representan las tareas que una persona debe desarrollar a fin de vivir de manera independiente. Nos gustaría ayudarlo a vivir de manera tan independientemente como desee. Este será nuestro punto de partida. Califique a cada uno de acuerdo con la escala que aparece a continuación.

1 = Puedo hacerlo por mi cuenta 2 = A veces necesito que me lo recuerden 3 = Siempre necesito que me lo recuerden 4 = No puedo hacerlo pero puedo ayudar 5 = No puedo hacerlo

	Soy independiente	Necesito que me lo recuerden	Necesito ayuda
Usar el baño; asearse sin accidentes	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Lavar, secar, doblar la ropa lavada	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Aseo e higiene personal	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Vestirse y desvestirse; elegir prendas	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Participar en actividades de ocio	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Administrar dinero; finanzas personales	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Conseguir transporte hacia el lugar donde necesito ir y desde allí	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Comer y beber; usar utensilios	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Hacer tareas domésticas básicas (hacer la cama, lavar los platos)	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Tomar medicamentos; dosaje y frecuencia correctos	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Comprar alimentos	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Preparación de comidas sencillas	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Bañarse o ducharse; lavarse el cabello con champú	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Realizar actividades diarias de rutina/actividades laborales	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Comunicarse con otros	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Socializar con otros	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		
Otros _____	1 · · · 2 · · · 3 · · · 4 · · · 5		

Estoy registrado en la siguiente LME/MCO (Ver la página siguiente para recibir asistencia.)

Cardinal Innovations Healthcare

Partners Behavioral Health Management

Sandhills Center

Vaya Healthcare

No aplicable – Soy un solicitante que paga de manera particular

Tengo un Coordinador de Atención

Nombre _____

Teléfono _____

Indique a continuación si en la actualidad recibe algún servicio

Apoyo diurno

Atención de relevo

Desarrollo de habilidades dentro del hogar

Vida en la comunidad y asistencia

Actividad diaria Navegación comunitaria Residencial Empleo asistido LTVS

Autorización

Al firmar este documento, usted otorga permiso a The Enrichment Center para que revele información personal identificatoria a fin de coordinar la atención con su LME/MCO regional y para asegurar que su nombre aparezca inscrito en la lista de espera para recibir servicios de dicha organización. Esto incluye Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés), que comprende Información de Salud que se Identifica Individualmente (IIHI, por sus siglas en inglés) tal como la define la Ley Federal de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Para determinar cuál es la LME/MCO adecuada, analice los tres escenarios que figuran a continuación y seleccione el que mejor describa su situación actual. Escriba el nombre del condado que se corresponda con el escenario que ha elegido. Luego observe a continuación la lista de condados locales. Encontrará la LME/MCO correcta en **negrita** y a la derecha del condado que usted ha seleccionado.

Si **tiene** Medicaid, indique el DSS del condado coordinador:

Condado de Medicaid _____

Mi LME/MCO regional _____

Condados de Alamance, Davidson, Davie, Forsyth, Mecklenburg, Rockingham y Stokes: **Cardinal Innovations Healthcare**

Condados de Surry y Yadkin: **Partners Behavioral Health Management**

Condados de Guilford y Randolph: **Sandhills Center**

Condado de Wilkes: **Vaya Healthcare**

Por el presente certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es exacta y completa. Asimismo, certifico que todas las declaraciones manifestadas por escrito son verdaderas y completas según mi leal saber y entender. Entiendo que la omisión de cualquier información podrá descalificar a mi solicitud y que la falsificación de información podrá constituir un motivo para mi destitución.

Además, reconozco que soy responsable de comunicar los cambios al Enrichment Center de manera oportuna. Si el Enrichment Center no puede contactarme tras varios intentos razonables, mi solicitud se desactivará y mi nombre se quitará de la lista de espera.

Persona atendida _____ Fecha _____
Escriba con letra legible *Firma*

Tutor legal _____ Fecha _____
Escriba con letra legible *Firma*

Enviar a: The Enrichment Center ❖ 1006 South Marshall Street ❖ Winston Salem ❖ NC ❖ 27101