

Servicios intensivos a domicilio (IHBS) Formulario de remisión y autorización

Instrucciones:

- Por favor llene este formulario
- Adjunte el formulario más reciente del **Plan de Atención al cliente y actas de reunión del Equipo del Niño y la Familia (Child and Family Team, CFT) para la coordinación de cuidados intensivos(Intensive Care Coordination, ICC)/servicios intensivos a domicilio (Intensive Home Based Services, IHBS)**
- **Envíe por correo electrónico todos los documentos así como cualquier pregunta a ICCAAdministrator@acgov.org**

Fecha:		Persona que remite:		Agencia:	
N.º de teléfono:		Correo electrónico:			
INFORMACIÓN SOBRE EL CLIENTE					
Nombre del cliente:				Apellido:	
IDENTIDAD DE GÉNERO				N.º de SmartCare	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Otro:		FDN:
Etnia:				Pronombres preferidos:	
Lengua materna del cliente:		<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro:	
Lengua principal de la familia:		<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro:	
Dirección actual del cliente:					
Ciudad:		Código postal:		N.º de teléfono del cliente:	
Escuela actual:		Grado actual:		Educación especial	
Cuidador actual:		Relación		N.º de teléfono:	
Nombre del responsable legal:				Relación:	
N.º de teléfono:					
Fecha del servicio ICC más reciente:					
Fecha de la reunión del CFT que recomendó la remisión al IHBS:					

JUSTIFICACIÓN DEL IHBS

1. Describa los comportamientos que interfieren en la consecución de una vida familiar estable y permanente:

2. Describa detalladamente el/los comportamiento(s) o las condiciones de salud mental que interfieren con el funcionamiento del joven en la escuela y/o la comunidad:

Ej. Describa los comportamientos que interfieren en la vida autónoma del joven en términos de:

- alcanzar los objetivos educativos del joven en un programa académico en la comunidad o;
- buscar y mantener un empleo.

3. ¿Cómo apoyará los IHBS los objetivos del Plan de Atención al Cliente de ICC/IHBS?

**MIEMBROS DEL EQUIPO DEL NIÑO Y LA FAMILIA (A LA FECHA DE LA REMISIÓN)
SI ESTÁN DISPONIBLES**

Miembro del equipo	Nombre	N.º de teléfono	Correo electrónico
Coordinador de cuidados intensivos (ICC)			
Madre(s)			
Padre(s)			
Trabajador social			
Padre(s) de acogida			
Miembro de la familia extendida no pariente (nonrelative extended family member, NREFM), o guardián			
Terapeuta			
Trabajador de servicios terapéuticos del comportamiento (Therapeutic Behavioral Services, TBS)			
Socio familiar			
Programa Terapéutico Residencial de Corta Duración (Short-Term Residential Therapeutic Program, STRTP)/Contacto con el hogar del grupo familiar			
Abogado de East Bay Children's Law Offices (EBCLO)			
Otro (por favor especifique)			

(Solo para uso de la oficina)

DETERMINACIÓN DE ACBH

El cliente cumple con los criterios de elegibilidad de los IHBS. Fecha de aprobación:

El cliente NO cumple con los criterios de los IHBS

Motivo(s):

Firma del administrador de ACBH

Nombre en letra de imprenta

Fecha