



ANUNCIO

Departamento de Servicios a Niños del Condado de Hillsborough Servicio de Apoyo en el Hogar a Niños con Discapacidades de Desarrollo

Descripción del programa

El Departamento de Servicios a Niños del Condado de Hillsborough anuncia la disponibilidad de servicios de apoyo en el hogar a niños con discapacidades de desarrollo.

El programa de Apoyo al Cuidado en el Hogar está diseñado para proveer cortos periodos de tiempo, mediante el envío de un trabajador de apoyo, a quienes cuidan niños con discapacidades de desarrollo no complejas desde el punto de vista médico, para permitirles ocuparse de actividades que de otra forma serían difícil o imposible de cumplir por tener que cuidar de su niño(a). Las actividades pudieran incluir visitas a médicos o dentistas por la persona que lo(a) cuida, salidas para hacer compras, asistir a clases o hacer deportes. No hay restricción en la forma en que la persona que cuida al niño(a) usa las horas de apoyo; puede decidir quedarse en casa para descansar y relajarse mientras el trabajador de apoyo cuida del niño(a). El programa provee a las familias la mayor flexibilidad posible, permitiendo que el servicio de apoyo sea ofrecido en bloques de 4 a 8 horas entre 2 y 4 veces al mes, y durante el horario y los días que mejor se acomoden a la programación de la familia.

Los fondos actuales proveerán 16 horas de servicios de cuidado de apoyo a 200 familias elegibles.

Criterios para la elegibilidad:

La elegibilidad para el programa está limitada a residentes del Condado de Hillsborough.

Los niños elegibles incluyen aquellos desde recién nacidos a 18 años de edad, diagnosticados por un médico o un psicólogo con licencia como que tienen una o más de las siguientes categorías de discapacidades de desarrollo (aparecidas antes de los 13 años de edad), y que razonablemente pueda esperarse que duren indefinidamente y constituyan una limitación sustancial para la persona.

Parálisis cerebral
Espina bífida

Autismo
Síndrome de Prader-Willi

Retardo/deficiencia intelectual
Retraso severo de desarrollo

La amplitud de este programa está limitado a 200 niños con discapacidades de desarrollo que no tengan problemas graves médicos o de conducta que requieran cuidados médicos o de conducta especializados durante la provisión de los servicios de apoyo.

Proceso de solicitud

Paquetes para la presentación de solicitudes estarán disponibles a través del Departamento de Servicios a Niños del Condado de Hillsborough en los siguientes lugares:

Centro de Servicios a Niños
3110 Clay Mangum Lane
Tampa, FL 33618
(813) 264-3807

Oficina de Consejería al Niño y la Familia
9260 Bay Plaza Blvd., Suite 510
Tampa, FL 33619
(813) 744-5953

Centro *Haven W. Poe Runaway*
207 Beach Place
Tampa, FL 33606
(813) 272-6606

En Internet: www.hillsboroughcounty.org/childsvcs/inhomerespiteservice.pdf

Todas las solicitudes deben ser enviadas por correo. No se aceptará la entrega a mano. Las solicitudes serán aceptadas mientras tengamos cupo disponible:

In-Home Respite Program
Hillsborough County
Department of Children's Services
3110 Clay Mangum Lane
Tampa, FL 33618

La aceptación para el programa será determinada de acuerdo con los criterios de elegibilidad indicados arriba, en el orden en que sean recibidas las solicitudes. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, contacte al Departamento de Servicios a Niños del Condado de Hillsborough, en el teléfono 264-3807 Ext. 124 ó 105.

Las personas que requieran adaptaciones, según la Ley para Americanos con Discapacidades, para leer o llenar la solicitud, deben contactarnos en el teléfono 264-3807 Ext. 124 ó 105.



**Departamento de Servicios a Niños del Condado de Hillsborough
Programa de Cuidado de Apoyo en el Hogar para Familias con
Niños con Discapacidades de Desarrollo**

Formulario para solicitud de participación

En nombre de mi/nuestro niño(a), estoy solicitando participar en el programa de Cuidado de Apoyo en el Hogar del Condado de Hillsborough.

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Número y nombre de la calle

Ciudad

Estado

Código postal

Padre/madre/encargado legal: _____

Dirección: _____

Número y nombre de la calle

Ciudad

Estado

Código postal

Padre/madre/encargado legal: _____

Dirección: _____

Número y nombre de la calle

Ciudad

Estado

Código postal

Contacto primario/de emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Número y nombre de la calle

Ciudad

Estado

Código postal

Números de teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____
(teléfono 1 del padre/madre/encargado) (correo electrónico) _____

Números de teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____
(teléfono 2 del padre/madre/encargado) (correo electrónico) _____

Por favor, adjunte todos los informes de proveedores con licencia, como médico o psicólogo, que indiquen el diagnóstico de su niño(a). Adjunte también cualquier información de proveedores indicando las necesidades de su niño en cuanto a servicios y cuidado de apoyo.

Por favor, relacione los informes/documentos que se adjuntan a esta solicitud.

Nombre del proveedor con licencia, como médico/psicólogo, etc.	Teléfono del proveedor	Fecha del informe/documento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Describa la condición médica de su niño(a). Por favor, indique todas las necesidades médicas especiales:

Por favor, el informe(s) del médico de cuidado primario:

Nombre del médico	Teléfono del proveedor	Fecha del informe
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor, describa cualquier dificultad que tenga su niño(a) respecto a su conducta. Por favor, describa cualquier conducta que sea potencialmente peligrosa para sí mismo(a) o para otros:

Cuidado de apoyo que se esté proveyendo actualmente:

Nombre del proveedor de cuidado	Parentesco con el niño(a)	# de horas por semana
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del encargado legal

Parentesco

Nombre (escriba en letra de molde)

Fecha

- Las personas que necesiten modificaciones para poder leer o llenar este formulario deben contactar al 264-3807 Ext. 124 ó 105.
- La información contenida en esta solicitud es únicamente para determinar la elegibilidad para el programa de Cuidado de Apoyo en el Hogar a Niños con Discapacidades de Desarrollo, y se mantendrá estrictamente confidencial. Cualquier entrega de esta información se hará solamente a partir de un formulario de autorización firmado por el encargado legal.
- **Este programa no está diseñado para proveer cuidado de apoyo a niños que tengan condiciones médicas complejas o que tengan problemas significativos de conducta.**



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS A NIÑOS DEL CONDADO DE HILLSBOROUGH
3110 CLAY MANGUM LANE, TAMPA, FL 33618**

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN

Por este medio autorizo a: Departamento de Servicios a Niños del Condado de Hillsborough
Nombre de la organización
3110 Clay Mangum Lane
Dirección
Tampa, Florida 33618
Ciudad, estado, código postal

a suministrar, como marcado abajo, información pertinente a mi niño(a) menor de edad (bajo mi tutela), y que mi familia obtenga servicios de cuidado de apoyo:

Nombre del niño(a) menor de edad

Fecha de nacimiento

A/de: Achieve Tampa Bay
Nombre de la persona o agencia

localizada en: 2215 East Henry Avenue, Tampa, Florida 33610
Dirección

INFORMACIÓN A ENTREGAR:

- ___ Solicitud de servicios
- ___ Informes médicos, de salud y/o de desarrollo
- ___ Informes escolares/educacionales
- ___ Informes del psicólogo y/o médico
- ___ Historia social
- ___ Comunicaciones/consultas verbales
- ___ Otro _____

Con el propósito de: _____

Comprendo que esta información no puede ser entregada a nadie sin haberseme informado y mediante mi consentimiento por escrito. Comprendo que puedo revocar mediante solicitud mía por escrito el privilegio de tener esta información, o cualquier otra información entregada en cualquier momento.

Por este medio libero al Condado de Hillsborough, a sus agentes y a sus empleados, de toda responsabilidad, incluyendo responsabilidad legal, que pueda surgir por la entrega de tal información.

Comprendo que la validez de esta autorización expira al ser dada de baja mi familia del programa de Cuidado de Apoyo en el Hogar.

Firma del padre/madre/encargado legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha