

Cuidado de Relevo

BE AN ANGEL

HELP A CHILD

Helping Children With Multiple Disabilities or Profound Deafness Since 1986

Nuestra misión es mejorar la calidad de vida de los niños con discapacidades múltiples o sordera profunda al proporcionar el equipo de adaptación necesario y servicios seleccionados.

Todas las respuestas deben **imprimirse de forma legible en inglés**. Por favor devuelva cada página de este formulario completado a:

Be An Angel Fund, Inc.
2003 Aldine Bender
Houston, Texas 77032

Fax to : 281-219-7746

Escanear y enviar por correo electrónico a: margaret@beanangel.org

Las fotos de los documentos **no** son aceptables.

Las solicitudes incompletas no serán consideradas y se devolverán al solicitante para su finalización. **Esta solicitud es para el programa de cuidado de relevo en el hogar "Alternativas para Angeles" de Be An Angel solamente. Todas las demás solicitudes deben presentarse en la solicitud correspondiente.**

Be An Angel ha proporcionado fondos para satisfacer las necesidades de los ángeles especiales desde 1986. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con nuestra oficina al 281-219-3313. Gracias por enviar su solicitud a Be An Angel Fund.

Sinceramente



Margaret Adsit, Directora de Programas

Be An Angel Fund, Inc.

2003 Aldine Bender

Houston, Texas 77032

Ph: 281-219-3313

Fx: 281-219-7746

margaret@beanangel.org

Uso de Oficina
H DFW

**Be An Angel AFA Formulario de solicitud de cuidados de relevo
(Cuidado de relevo en el Hogar)**

Nombre de niño(a): _____ Fecha de hoy _____

Edad del niño(a): _____ Fecha de nacimiento _____ Marque uno Hombre Mujer

Discapacidades del cliente (enumere los diagnósticos médicos) _____

Padres/Tutores Legales: _____ Teléfono de Casa _____

Dirección: _____ Teléfono de Trabajo _____

_____ Teléfono Celular _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Email: _____

Escuela: _____ Distrito Escolar _____

Nombre del terapeuta: _____ Teléfono _____

Nombre del médico: _____ Teléfono _____

Cualquier profesional médico adicional involucrado _____

¿Como se enteró de Be An Angel?

Sitio web _____ Escuela o Maestro(a) _____ Profesional médico del niño(a) _____

Volante de la clínica médica _____ Anuncio de la TV _____ Volante en bolsa de Navidad del niño(a) _____

Iglesia _____ Familiar/Amigo _____ Otro _____

¿Ha solicitado/recibido asistencia de nosotros antes? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿cuando? _____

Por favor enumere otras agencias comunitarias, médicos y fundaciones que ha contactado acerca de su necesidad actual. Proporcione direcciones y/o numeros de teléfono. Adjunte cualquier carta de denegación que haya recibido. _____

POR FAVOR, ENUMERE LOS MIEMBROS DEL HOGAR, incluyendo el niño(a) discapacitado(a)

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Relación al cliente	Fecha de Nacimiento

Toda la información debe ser proporcionada con el fin de recibir asistencia

Recursos del hogar	Cantidad por mes	Gastos del hogar	Cantidad por mes
Ingreso neto del empleo		Hipoteca/Alquiler/Seguro de Hogar	
Ingresos por desempleo		Electricidad	
Manutención de hijos		Gas	
Seguro Social		Agua/Alcantarillado	
Cupones de alimentos		Teléfono: Hogar/Celular/Internet	
Ahorros		TV por cable/satélite	
Asistencia de Vivienda		Seguro de salud/facturas médicas/recetas	
Otros ingresos		Pago de automóvil/seguro	
		Cuidado de niños	
		Gasto promedio en alimentos (comestibles/comer fuera)	
		Otros gastos	
Ingresos mensuales totales		Gasto mensual total	

Adjunte todos los documentos de respaldo de ingresos y gastos ACTUALES (es preferible al mes anterior es decir, talón de nómina, contrato de arrendamiento, factura de electricidad, factura telefónica, etc.)

¿Ha hecho esta solicitud a Medicaid o a su compañía de seguro principal? Sí No
 En caso afirmativo, adjunte su carta de denegación.

Toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

 Firma del padre/tutor legal

 Fecha

Alternativas para Ángeles Cuestionario del Programa de Relevo

1. ¿Ha recibido su hijo(a) algún cuidado de relevo en el hogar en los últimos 30 días? Sí No

En caso afirmativo, enumere la agencia _____

2. ¿Ha recibido su hijo(a) servicios de algún proveedor en los últimos 30 días? Sí No

Es decir: ¿Persona que viene a su casa para ayudar con el aseo, la lavandería, la limpieza, etc.?

En caso afirmativo, enumere la agencia _____

3. ¿Esta su hijo(a) actualmente en una lista de espera para el servicio de relevo a través de MHMRA u otra agencia? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre del coordinador de servicios

4. ¿Tiene su hijo(a) un Botón G, Traqueostomía, o ambos? _____

5. ¿Su hijo(a) tiene convulsiones? Sí No

En caso afirmativo, sí las convulsiones están bajo control. Enumere los medicamentos

_____, _____
_____, _____
_____, _____

6. ¿Cuándo fue la última cita con el médico de su hijo(a)? _____

Nombre del Médico _____

Número de Teléfono _____

7. Fecha de última prueba cutánea de tuberculosis _____

8. Proporcione toda la información pertinente sobre la salud, desafíos, el horario, las alergias alimentarias, los gustos, disgustos, etc. de su hijo(a). Si necesita, puede usar paginas adicionales.

Lista de verificación de solicitudes de asistencia al cliente

(Marque las casillas correspondientes e incluya este formulario con la solicitud de asistencia devuelta)

Asegúrese de proporcionar la mayor cantidad posible de la siguiente información con su formulario de asistencia completado. Sientase libre de proporcionar cualquier otra documentación de respaldo o cartas de apoyo que considere necesario o útiles.

- Carta del padre/tutor, en inglés, explicando por qué se esta haciendo la solicitud en este momento y cuál será el beneficio para su hijo y su familia. *Esta carta es obligatoria*

Cartas de denegación

- Seguro
 Medicaid
 Agencias Comunitarias
 Otro

Verificación de ingresos

- Talones de nómino
 Ingresos por desempleo
 Ingresos de Seguridad Suplemental (SSI)
 Manutención de los hijos
 Cupones de alimentos
 Asistencia de Vivienda
 Otro

Verificación de gastos

- Contrato de Hipoteca o Arrendamiento
 Factura eléctrica
 Factura del gas
 Factura del agua
 Factura telefónica
 Proyecto de ley de seguro de salud
 Nota del automóvil
 Gastos de cuidado de niños
 Otros pagos mensuales recurrentes (proporcionar estados de cuenta)

Be An Angel Autorización para la divulgación de Información

Nombre del cliente _____ Fecha _____

Negarse a proporcionar la documentación necesaria o a responder a las preguntas de un entrevistador nos descalificará a mi y a mi hogar de la asistencia.

Cualquier información falsa o engañosa proporcionada por escrito o verbalmente nos descalificará a mi y a mi hogar de la asistencia.

Certifico que toda la información proporcionada a Be An Angel por escrito o verbalmente es correcta y fiel a mi leal saber y entender.

Además;

Doy permiso al personal de Be An Angel que verifique la información poniéndose en contacto con cualquier parte que haya enumerado o mencionado verbalmente en el proceso de búsqueda de ayuda. Cualquier discrepancia entre la información de mi solicitud y los esfuerzos de verificación se me proporcionará para su aclaración.

Libero a Be An Angel de cualquier responsabilidad o responsabilidad legal que pueda derivarse del proceso de verificación.

Padre/Tutor Legal

Fecha

COMUNICADO DE PRENSA

Le doy a Be An Angel Fund, Inc. el derecho de entrevistar y/o tomar fotografías, grabaciones de audio o visuales de mi /mi hijo para ser utilizadas en materiales promocionales, educativos o de recaudación de fondos, incluidos, entre otros, cintas de video, literatura y folletos. Entiendo que mi nombre/el de mi hijo puede usarse en relación con estos materiales. Al firmar este comunicado de prensa, tengo la intención de obligarme legalmente a mi mismo, a mis hijos menores, a mis herederos, albaceas y administradores. Reconozco que Be An Angel Fund, Inc. tendrá todos los derechos de autor sobre dichas fotografías y cintas de video y puede usar dichos derechos de autor en su totalidad. Por la presente, también libero a Be An Angel Fund, Inc. y sus funcionarios, agnetes y empleados de toda responsabilidad relacionada con la toma y el uso de estos materiales según lo autorizado por Be An Angel Fund, Inc. Además, renuncio a todos los derechos, intereses o reclamaciones de pago en relación con cualquier exposición o lanzamiento de estos materiales. Este consentimiento es voluntario, y lo doy en interés de la información pública, la educación y la promoción de los objetivos de Be An Angel Fund, Inc. u otros fines legales. Reconozco que tengo la autoridad legal para firmar este formulario en nombre del niño menor cuyo nombre se menciona anteriormente.

Padre/Tutor Legal

Fecha

Be An Angel Fund, Inc.

Derechos de los clientes

Los clientes tienen derecho a todos los servicios de la agencia para la que califican (siempre y cuando sigan las pautas). Los servicios se prestarán de la manera más eficiente que satisfaga las necesidades del cliente.

Cada cliente tiene los siguientes derechos básicos:

1. Derecho al respeto, la consideración y la seguridad
2. Derecho a tomar sus propias decisiones de vida
3. derecho a la privacidad y confidencialidad en sus asuntos personales
4. Derecho a interrumpir los servicios con Be An Angel en cualquier momento
5. Derecho a cualquier información mantenida por Be An Angel sobre él/ella, y puede revisar los registros personales a pedido, por los procedimientos establecidos. Cada cliente puede registrar entradas en su archivo.

Cada cliente tiene los siguientes derechos con respecto a los servicios disponibles

1. Derecho a tener servicios disponibles publicados para facilitar el acceso a verlos, y una copia de las descripciones de servicios.
2. Derecho en el momento de la admisión a que se expliquen las pautas y a firmar la comprensión y el consentimiento para seguir estas pautas, y a una copia de las pautas.
3. Derecho a ser informado de los Procedimientos de Resolución de Quejas del Cliente y a una copia de estos procedimientos.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores con respecto a mis derechos como cliente.

Mi firma verifica que la información que he proporcionado a la agencia es fiel a mi leal saber y entender y puede usarse para determinar mi elegibilidad para los servicios ofrecidos en esta agencia. Además, entiendo que mi asistencia recibida en esta agencia está determinada por la cooperación con el personal de la agencia y el cumplimiento de mis responsabilidades y obligaciones.

Mi firma verifica que he recibido una copia del proceso de Resolución de Quejas del Cliente

Padre/Tutor Legal

Fecha



Mantener el acuerdo de extensión de responsabilidad

El firmante _____ ("Cliente") para y en nombre de sí mismo, y en nombre de su hijo menor, en consideración parcial de la recepción de servicios por o en nombre de be An Angel Fund, Inc. ("BAA") o sus designados, renuncia para sí mismo, su hijo menor, sus albaceas, administradores, cesionarios o herederos a todos y cada uno de los derechos y reclamaciones por daños, pérdidas, demandas y cualquier otra acción que pueda el/ella/ellos, individualmente o solidariamente tengan o surjan en contra de BAA, sus contratistas o voluntarios, y cualquiera de sus matrices, subsidiarias, afiliadas programas, antecesores, sucesores, cesionarios, empleados, directores, funcionarios o agentes (cada uno parte de "BAA"), incluidas, entre otras, todas y cada una de las lesiones, daños o enfermedades sufridas por el Cliente, el hijo menor del Cliente y/o la propiedad del Cliente, que de cualquier manera pueden surgir de, estar relacionadas a o estar relacionado con la recepción de servicios por parte del Cliente o el uso de equipos de BAA o sus contratistas o voluntarios, *independientemente de la causa o de cualquier culpa o negligencia de BAA, sus contratistas, o voluntarios*. El Cliente, en nombre de si mismo, de su hijo menor de edad y sus albaceas, administradores, cesionarios o herederos, por la presente libera expresamente BAA y a cualquiera de sus matrices, subsidiarias, afiliadas, predecesores, sucesores, cesionarios, empleados, directores, funcionarios o agentes de cualquiera y todos estos reclamos.

Por la presente, el cliente asume expresamente el riesgo de recibir servicios o utilizar equipos de BAA y de participar en actividades relacionadas con la recepción de servicios o el uso de equipos de BAA o sus contratistas.

El Cliente acepta indemnizar, eximir de responsabilidad y defender a BAA y cualquiera de sus matrices, subsidiarias, afiliadas, programas, predecesores, sucesores, cesionarios, empleados, directores, funcionarios o agentes de cualquier culpa, responsabilidad, costo, gasto, reclamo, demanda o demandas que surjan de, se relacionen con o estén conectadas con la recepción de servicios de BAA por parte del Cliente, *independientemente de la causa o de cualquier culpa o negligencia del contratista*.

En caso de que tales reclamos, demanda o demandas surjan o se hagan valer de cualquier manera relacionados con los mismos, ya sea que surjan bajo las leyes de los Estados Unidos, cualquier estado o bajo cualquier teoría de derecho o equidad, el Cliente indemnizará eximirá de responsabilidad y defenderá BAA y cualquiera de sus matrices, subsidiarias, afiliadas, programas, predecesores, sucesores, cesionarios, empleados, directores, funcionarios o agentes, de todos y cada uno de los costos, gastos o responsabilidades, incluido, entre otros, el costo de cualquier acuerdo de sentencia hecho emitido contra BAA cualquiera de sus matrices, subsidiarias, afiliadas, predecesoras, sucesoras, cesionarias, empleados, directores, funcionarios o agentes, ya sea individualmente, conjuntamente o solidariamente, con el Cliente, junto con todos los costos judiciales y otros costos o gastos incurridos en relación con dicho reclamo, o demanda incluidos los honorarios de abogados.

EL CLIENTE RECONOCE Y ACEPTA QUE ESTE ACUERDO LIBERA RECLAMOS, ASUME RIESGOS E INDEMNIZA A LAS PARTES BAA INCLUSO SI SON CAUSADOS POR UN DEFECTO PREEXISTENTE, LA NEGLIGENCIA (YA SEA UNICA, CONJUNTA O CONCURRENTE), NEGLIGENCIA GRAVE, NEGLIGENCIA GRAVE ESTRUCTA, RESPONSABILIDAD ESTRUCTA U OTRA FALTA LEGAL DE UNA PARTE BAA (O CUALQUIERA DE DICHOS INDEMNIZADOS).

 Cliente

 Fecha

Resolución de quejas de clientes

Cualquier cliente que tenga una queja, problema, pregunta o queja debe señalarla inmediatamente a la atención del director del programa.

se alienta a las partes a resolver el problema de la manera más directa, al nivel más inmediato y de la manera menos complicada.

Sin embargo, si no se recibe una resolución satisfactoria a ese nivel, el cliente debe llevar rápidamente el asunto al siguiente nivel de la siguiente manera:

1. Directora Ejecutiva
2. Comité de Quejas de la mesa directiva de Be An Angel

Si el asunto no se resuelve a nivel del Director Ejecutivo, el cliente debe presentar su problema, o queja, por escrito, al Comité de Quejas, 2003 Aldine Bender, Houston, Texas 77032

El Comité investigará la queja y recomendará posibles soluciones. No hay hora de reunión estándar; el Comité se reúne según sea necesario. Se puede esperar una decisión escrita del Comité a no más de (14) días de que el Comité reciba la queja, a menos que el Comité notifique lo contrario por escrito.

El cliente debe incluir una dirección postal actual y un número de teléfono en toda la correspondencia.

No se tomarán decisiones ni se informarán por teléfono. La decisión del Comité de Quejas de la Junta será definitiva.