



First In Families of North Carolina

*Helping people with disabilities and their families
to Believe in their dreams, Achieve their goals, Connect
in their communities and Give Back to others since 1995*

Gracias por contactar a First In Families del Condado de Mecklenburg, un proyecto de InReach (FIF por su acrónimo en inglés). First In Families de Carolina del Norte es una organización estatal 501(c) (3) que brinda asistencia a individuos y sus familias para satisfacer sus necesidades personales. FIF es un catalizador para individuos y sus familias en Carolina del Norte para satisfacer sus necesidades aprovechando relaciones y recursos, y fomentando la retribución a sus comunidades.

Al completar la solicitud, **sea lo más específico posible** al explicar su necesidad. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar al número en este formulario.

Una vez que se reciba su solicitud, nos pondremos en contacto con usted en un plazo de 3 días laborables para notificarle que fue recibida. En un plazo, 7 días hábiles, nuestro personal evaluará la elegibilidad y se comunicará con el solicitante para obtener información adicional, si es necesario, y para discutir la solicitud. Trabajaremos con usted para identificar claramente su necesidad y encontrar fuentes de asistencia. La meta del personal de Familias Primero es ayudarle encontrar lo que necesita dentro de la comunidad y conectarle usted o miembros de su familia con esos recursos. Esto crea una colaboración entre usted, Familias Primero, y la comunidad.

No estamos equipados para satisfacer las necesidades de "crisis", pero nuestro personal puede recomendar recursos locales de crisis.

La elegibilidad de ingresos se basa en el número de personas en su familia. Vea el gráfico a continuación. Si la persona con discapacidad es menor de 18 años, los ingresos de los padres o tutores determinan la elegibilidad. Para los adultos calificados con IDD y/o TBI que viven en la comunidad (ya sea con sus padres, compañeros de habitación, solos o en una AFL sin licencia), el adulto solicitante se considera cabeza de familia. Solo cuentan los ingresos del solicitante. Los dependientes incluirían únicamente al cónyuge y los hijos del solicitante. Puede haber excepciones si el artículo o servicio solicitado beneficia directamente a otra persona en el hogar.

Por favor complete la solicitud que se encuentra incluida y enviarla a:

Attn: Keiba Young
Correo Electrónico fifadministration@inreachnc.org

Dirección 4014 Monroe Road, Building 4, Suite 170
Charlotte, NC 28205

Teléfono 704-536-6661

Fax 704-536-0074

Por favor mantenga esta página para su archivo

Family Size	300% FPG
1	\$ 47,880.00
2	\$ 64,920.00
3	\$ 81,960.00
4	\$ 99,000.00
5	\$ 116,040.00
6	\$133,080.00
7	\$ 150,120.00
8	\$ 167,160.00

Notificación de práctica de Privacidad—Familias Primero de Carolina del Norte

Esta notificación es efectiva a partir del 14 de abril del 2003. Esta notificación describe cómo su información médica podría ser usada y como usted puede tener acceso a esta información. Favor revisar cuidadosamente. Estamos requeridos por ley proteger su información médica. La ley nos requiere proteger la privacidad de información médica suya o que le identifique a usted. También se nos requiere notificarle sobre nuestras Prácticas de Privacidad, explicarles nuestras responsabilidades legales y sus derechos con relación a su información de salud. Debemos obedecer las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en efecto. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestra práctica y los términos de esta notificación en cualquier momento, las provisiones de tales cambios están permitidos por la aplicación de la ley. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad y los términos de nuestra Notificación para con toda la información de salud que mantenemos, incluyendo información de salud que creemos u obtengamos antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad cambiaremos este Aviso y pondremos los nuevos cambios disponibles a solicitudes. Usted puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento. Si tiene preguntas sobre la información en este Aviso o acerca de la Regla de Privacidad, procesos o prácticas, usted puede llamar al personal de FIFNC al 919-251-8368.

COMO PODRIAMOS USAR Y RELEVAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS nosotros usamos y revelamos información de salud sobre su tratamiento, pagos y transacciones de cuidado de salud. **Tratamientos:** podríamos usar o revelar su información de salud a un médico u otros proveedores del cuidado a la salud que le esté proveyendo tratamiento. **Pagos:** podríamos usar y revelar su información de salud para obtener pago por servicios que le proveemos. **Operaciones del Cuidado a la Salud:** podríamos usar y revelar su información de salud en conexión con nuestras operaciones de cuidado a la salud. Cuidado a la salud incluye evaluación cuantitativa y actividades de mejora, revisión de competencia o cualificaciones de profesionales del cuidado a la salud, prácticas de evaluación proveedor de desarrollo, conducción de programas de entrenamientos, acreditación, certificación, licencia o credenciales de actividades. **Su Autorización:** a menos que usted nos autorice por escrito no podemos usar o revelar su información de salud por ninguna razón con excepción de lo descrito en esta Notificación. Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de salud usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o revelación de la misma para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida por su autorización mientras estuvo en efecto. **Revelación a Usted, su Familia o Amigos:** le debemos revelar su información de salud a usted de acuerdo con la Notificación de Derechos del Paciente. Podríamos revelar su información de salud a miembros de su familia, amigos u otra persona hasta el grado necesario para ayudarle con el cuidado de salud o con pagos por el cuidado de salud, pero solo si usted nos lo autoriza a hacerlo. **Personas involucradas con Su Cuidado:** podríamos usar o revelar su información de la salud para notificar o asistir a otros en notificar a un miembro de la familia, su representante persona u otra persona responsable de su cuidado o su localización, su condición general o muerte. Si usted está presente le proveeremos con una oportunidad de objetar a dicha revelación de la información de su salud antes de su uso o revelación. En caso de que usted quede incapacitado o tenga alguna emergencia médica nosotros revelaremos su información de salud en base a nuestra opinión personal que indique que tal revelación es directamente relevante para la acción de la persona en su cuidado médico. También usaremos nuestro criterio y experiencia profesional en tomar las decisiones para su bienestar permitiendo a una persona recoger las recetas listas, abastecimiento médico, radiografías o formas de información de salud similares. **Mercadeo relacionado a Servicios de Salud:** Nosotros no usaremos sin su autorización por escrito su información de salud para comunicación de mercadeo. **Requerido por la Ley:** Podríamos usar o revelar su información de Salud cuando se nos requiere por ley. **Abuso o Negligencia:** Podríamos revelar su información de salud para proporcionarle a las autoridades apropiadas si tenemos sospecha razonable de que usted está siendo víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros crímenes. Revelaremos su información de salud al extremo necesario para prevenir amenazas serias en contra de su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros. **Seguridad Nacional:** podría ser revelada a las autoridades militares la información de salud de personal de Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podría revelarse a oficiales federales autorizados la información de salud requerida por leyes de inteligencia, espionaje y otras actividades de seguridad. Podríamos revelar información de salud a instituciones correccionales u oficiales de la ley que tenga custodia legal o protegida de un recluso o paciente bajo ciertas circunstancias. **Notificaciones de Citas:** podría ser revelada su información de salud para proveer con notificación de citas (mensajes de voz, tarjetas o cartas). **DERECHOS DEL PACIENTE- Accesos:** usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su información de salud, con limitadas excepciones. Usted puede solicitar que le proveamos con copias en un formato más que fotocopias, usaremos el formato que usted solicite a menos que no podamos prácticamente hacerlo. Esta solicitud debe ser por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso de su proveedor de cuidado. Podríamos cobrar un costo razonable de cuota para tales gastos como copias y tiempo del personal. Para detalles sobre cuándo esta solicitud puede ser negada, favor de hablar con el proveedor de cuidado. **Revelación de Cuenta:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros negocios asociados revelaron su información de salud para otro propósito aparte de tratamiento, pagó, operación de cuidado de salud y ciertas otras actividades por los últimos 6 años, pero no antes de abril 14 del 2003. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota de pago razonable para responder a sus solicitudes adicionales. **Restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales en el uso o revelación de información de salud. No estamos requeridos a estar de acuerdo a estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nos sujetaremos a nuestro acuerdo (con excepción a una emergencia). **Comunicación Alternativa:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre información de su salud por vías o ubicación alternativas (**Usted debe someter la solicitud por escrito**). Su solicitud debe especificar la vía o ubicación alternativa y proveer explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo las vías o ubicación alternativas solicitadas. **Enmiendas:** Usted tiene derecho a solicitar que le hagamos una enmienda a la información de su salud. (La solicitud debe ser por escrito y debe explicar porque la información debería ser enmendada). Podríamos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias. **Notificación Electrónicas:** Si usted recibió esta notificación en nuestro sitio de internet o por correo electrónico usted tiene derecho a recibir esta Notificación en un formulario por escrito si lo solicita. **PREGUNTAS Y QUEJAS:** si usted quiere más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones favor de contactar su proveedor de cuidado de salud o un personal de FIFNC al 919-251-8368. Si usted tiene preocupación de que hemos violado sus derechos de privacidad o si está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca del acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud usted haya hecho de enmienda o restricción del uso o revelación de su información de salud o para que nos comuniquemos con sus vías alternativas o ubicaciones alternativas usted puede hacer una queja con nosotros usando el contacto de información registrado en esta notificación. Usted podría someter una queja por escrito con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de US. Le proveeremos nuestra dirección para someter su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de US si lo solicita. Apoyamos sus derechos de privacidad de su información de salud. No emprenderemos en su contra en ninguna forma si usted decide someter una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de US. **Preguntas y Quejas** 919-251-8368

Mecklenburg Primero En Familias – Aplicacion

1. Información de la Familia y el Hogar

¿Quien está completando esta aplicación: ☐ Padre/Guardián ☐ Solicitante ☐ Abuelos ☐ Los padres de crianza ☐ Otros_____

Nombre_____ Email_____ Condado_____

Dirección_____ Ciudad_____ Código Postal_____

Teléfono_____ ☐ Cell ☐ Home Método de contacto preferido ☐ Llamar ☐ Texto ☐ Email

TCM/Coord. de Cuidado_____ Podemos háblales de su aplicación ☐ Sí ☐ No

TCM/Coord. de Cuidado Teléfono_____ E-Mail_____

¿Cuántos viven en la casa? Adultos (de 18 en adelante):_____ Niños/Adolescentes (0-17 años de edad):_____

Entre los mencionados arriba: ¿Adultos de más de 65?_____ ¿Cuántos tienen una discapacidad?_____

a. ¿Alguno en su casa ha servido en la Fuerza Militar de los EEUU? ☐ Sí ☐ No

b. ¿Es usted abuelo/a criando a sus nietos? ☐ Sí ☐ No

2. Ingreso del Hogar

Ingreso*	¿Con qué frecuencia recibe un pago?
\$_____	☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual
Manutención de Hijos \$_____	☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual
SSDI o SSI (beneficios de seguro social por discapacidad) \$_____	Cupones de Alimentos/EBT \$_____

*Incluir el ingreso neto de TODOS en el hogar.

Usted o alguien en su casa ha recibido diagnóstico de discapacidad de desarrollo mental, retraso, o trauma de herida cerebral o alguna enfermedad mental severa o persistente?

☐ Sí-Continúe con la sección 4 ☐ No-Continúe en la sección 5

4. Diagnos de Discapacidad

Favor de elegir cualquier diagnóstico(s) que tenga el para quién se aplica.

Diagnóstico:
☐ Riesgo de Retraso del Desarrollo (sólo de 0-3 años de edad)
☐ Retraso del Desarrollo (sólo de 0-4 años de edad)
☐ Retraso del Habla ☐ Retraso Motor
☐ Trastornos del Espectro Autista
☐ Parálisis Cerebral
☐ Síndrome de Down
☐ Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal
☐ Trastorno atípico: _____
☐ Discapacidad Intelectual
☐ Distrofia Muscular
☐ Espina Bífida
☐ Traumatismo Cerebral
☐ Enfermedad Mental Severa y Persistente
☐ Desorden de Uso de Sustancia
☐ Otro/Diagnósticos Secundarios:
¿Cómo podemos confirmar el diagnóstico (requerido)?

3. Información sobre el individuo para quien se aplica

Nombre_____ Fecha de Nacimiento_____

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No-binario

Raza / Étnico:

☐ Blanca ☐ Negra/Afroamericana ☐ Hispano/Latino

☐ Indígena de las Americas y Nativa de Alaska ☐ Asiática

☐ Medio Oriente / Norte de África

☐ Nativa de las Islas del Pacífico ☐ Multiracial ☐ Otra

Tipo de Residencia ☐ Con familia ☐ Hogar grupal ☐ Independiente

☐ AFL (Vida Familiar Alternativa) ☐ Otra

¿Cual es el seguro medico de aplicante?

☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Seguro Privado ☐ Sin Seguro

Elegir proveedor de seguro: ☐ NC Direct ☐ Medicaid Waiver

☐ AmeriHealth Caritas ☐ Healthy Blue ☐ United Healthcare

☐ Well Care ☐ Carolina Complete Health ☐ No esta seguro

¿Plane personalizado?

☐ Alliance ☐ Partners ☐ Trillium ☐ Vaya

5. Servicios Recibidos al Momento

Los siguientes servicios podrían estar disponibles en la comunidad. Por favor marque si está recibiendo o si está en la lista de espera para cualquier de los siguientes.

Servicio	Recibe	En lista de espera
SNAP/Estampillas de Alimentos/EBT	☐	☐
Control de Comportamiento	☐	☐
CAP-C Exención de Medicaid	☐	☐
CAP-DA Exención de Medicaid	☐	☐
Exención de Innovations/CAP-IDD	☐	☐
Exención de TBI Medicaid	☐	☐
1915i	☐	☐
Intervención Temprana /Desarrollo Preescolar	☐	☐
Terapia Ocupacional/ Terapia Física / Terapia del Habla	☐	☐
Servicios de Descanso	☐	☐
Alojamiento de Sección 8	☐	☐
Educación Especial	☐	☐
SSDI	☐	☐
SSI	☐	☐
Rehabilitación Vocacional	☐	☐

Fecha