

Solicitud para los Programas de Residencias Comunitarias (CR) en la Región Occidental del Estado de Nueva York

Nota especial: Gracias por su remisión para los programas con sede en la comunidad de la Región Occidental del Estado de Nueva York. Todos los programas enumerados a continuación son mixtos y están licenciados por la Oficina de Salud Mental, cuyas regulaciones dicen que se requiere una carta de apoyo del comité del Punto Único de Acceso (SPOA) del condado de origen del joven acompañando la remisión al programa(s). Contacte al coordinador de SPOA del condado de origen para instrucciones respecto al proceso de SPOA, ya que algunos condados varían en este proceso.

Instrucciones: Coloque una X en el espacio proporcionado junto al programa(s) de CR que a usted le gustaría que considere a su niño para participar. Para remisiones a programas múltiples, clasifique su preferencia colocando un número "1" al lado de su primera opción, "2" al lado de su segunda opción, y así sucesivamente.

*Por favor note los requisitos de edad para cada programa individual.

Programas de Residencia Comunitaria:

<p>_____ Child & Family Services Lee Randall Jones CR (edades 5-14) 51 Rossler Avenue Cheektowaga, NY 14206 Teléfono (716) 894-1981 Fax (716) 894- 0999 residentialreferrals@cfsbny.org</p>	<p>_____ Villa of Hope Tuckahoe Road CR (edades 12-18) 6313 Tuckahoe Road Williamson, NY 14589 Teléfono (315) 589-2547 Fax (315) 589-8190 www.villaofhope.org</p>	<p>_____ Community Missions Aurora House CR (edades 12-18) 5311 Ernest Road Lockport, NY 14094 Teléfono (716) 433-1905 Fax (716) 433-2081 www.communitymissions.org</p>
<p>_____ Pathways, Inc. Conable House (edades 5-12) 5 Vargason Place Bath, NY 14810 Teléfono (607) 664-1128 Fax (607) 664-1196 www.pathwaysforyou.org</p>	<p>_____ Pathways, Inc. Lake Breeze CR (edades 13-17) 3101 State Route 21 South Canandaigua, NY 14424 Teléfono (585) 394-0380 Fax (585) 394-0385 www.pathwaysforyou.org</p>	<p>_____ Rochester Psychiatric Center Smith Road CR (edades 12-18) 446 Smith Road Webster, NY 14580 Teléfono (585) 241-1778 Fax (585) 787-1683</p>
<p>_____ Glove House CR (edades 12-18) 380 Laurentian Place Elmira, NY 14904 Teléfono (607) 733-1335 Fax (607) 733-2862</p>	<p>_____ Cattaraugus Rehabilitation Center (edades 12-18) 2399 N. Union Street Ext. Olean, NY 14760 Teléfono (716) 375-4601 Fax (716) 375-5190 centralintake@rehabcenter.org</p>	

CRITERIOS DE ADMISIÓN

Requisitos regulatorios mínimos para admisión: De acuerdo a las regulaciones de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (Parte 594.8), los jóvenes admitidos a un programa de una Residencia Comunitaria deben reunir los siguientes *criterios mínimos*:

1. Edad: Cada programa sirve unos límites específicos de edad. Refiérase a la Página 1 (portada) de este paquete de remisión para determinar cuáles programas sirven cuáles límites de edad.
2. Diagnóstico de enfermedad mental designada.
3. Problemas sustanciales de funcionamiento social debido a perturbación emocional grave (SED) dentro del pasado año.
4. Problemas graves en las relaciones familiares, interacción con compañeros/social o desempeño en la escuela.
5. Síntomas graves y persistentes de desórdenes cognitivos, afectivos y de personalidad.
6. Una necesidad de un nivel de servicio que requiere intervención y participación de múltiples agencias.
7. Capacidad de auto-preservación, como se evidencia por completar exitosamente una Prueba Estándar de Capacidad de Auto-preservación en la instalación del programa específico.
8. Residencia: se aceptan solicitudes de 19 condados de la zona de captación para niños y jóvenes dentro de la Oficina Regional Occidental de Nueva York de la Oficina de Salud Mental (OMH) del Estado de Nueva York (NYS).

Consideraciones adicionales de Elegibilidad para Admisión a Discreción de Cada Programa: Cada programa puede requerir información adicional para jóvenes con los siguientes criterios, y la determinación resultante respecto a la elegibilidad para admisión se toma a discreción de cada programa:

- ✓ IQ: medida del IQ de al menos 70. Un IQ menor de 70 requiere información de remisión adicional para la consideración.
- ✓ Medicación: aceptación de terapia con medicamento, de ser prescrito
- ✓ Otras necesidades médicas: necesidades médicas especiales que no pueden ser satisfechas de manera segura y adecuada por el programa
- ✓ Escuela: dispuesto y capaz de participar en la escuela u otro tipo de programa diurno.
- ✓ Agresión física: historial de agresión física hacia otros
- ✓ Gestos suicidas: historial de daño a sí mismo y/o gestos o intentos suicidas
- ✓ Gestos homicidas: historial de ideación, gestos o intentos homicidas
- ✓ Pegar fuego: historial de jugar con fuego o pegar fuego
- ✓ Conducta sexualizada: historial de conducta sexualizada
- ✓ Adjudicación: como Delincuente Juvenil (JD) o una Persona en Necesidad de Supervisión (PINS)
- ✓ Otro: según sea identificado basado en cada remisión individual

Nota: Cada programa tiene el poder para tomar decisiones respecto a la aceptación de cada joven en el programa de acuerdo con las regulaciones de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (Parte 594.8). Sin embargo, no se discriminará contra ningún individuo o se excluirá del programa por razón de raza, religión, sexo, orientación sexual o el origen étnico.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Programas de Residencia Comunitaria (CR)

Información general:

- ❖ El financiamiento para las tarifas residenciales y servicios para un niño en los Programas de Residencia Comunitaria es pagado por reembolso de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) y Medicaid.
- ❖ *El consentimiento del p/madre o tutor(a) es requerido para que estos beneficios sean pagados directamente a la agencia donde está colocado como “representante del beneficiario” durante la estadía del joven en el programa.*
- ❖ Si un joven no tiene SSI, a usted se le requiere que inicie el proceso de solicitud obteniendo, llenando y enviando la solicitud a la Administración de Seguro Social (SSA). Usted puede obtener una solicitud para SSI visitando la página web de Seguridad Social <http://www.ssa.gov/online/ssa-3820.pdf> o llamando al número gratuito 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Si un joven no tiene Medicaid, a usted se le requiere que inicie el proceso de solicitud obteniendo, llenando y enviando la solicitud a su oficina local de Medicaid del condado.

Excepciones & ejemplos importantes de cuando un joven puede ser elegible para SSI, o puede recibir un pago reducido o parcial debido a otro financiamiento que él/ella recibe, incluyen, pero no se limitan a:

- Subsidio de Adopción: Cuando el p/madre o tutor(a) recibe un Subsidio de Adopción, la cantidad es restada de la cantidad que SSI pagará para la atención del joven en una CR.
- Pagos de Manutención del Niño: Cuando el p/madre o tutor(a) del joven recibe Pago de Manutención, la cantidad es restada de la cantidad que SSI pagará para la atención del joven en una CR.
- Beneficios de Sobreviviente o SSD: Cuando el joven recibe Beneficios de Sobreviviente o SSD, la cantidad es restada de la cantidad que SSI pagará para la atención del joven en una CR.
- Joven en la tutela del Departamento de Servicios Sociales del condado: Si la tutela del joven es con el Departamento de Servicios Sociales (DSS) de su condado, el recibo de los beneficios del Título 4E federal debe discutirse con la agencia donde está colocado.

Para todos los ejemplos anteriores, el p/madre o tutor(a) debe hacer arreglos con la agencia de colocación para pagar a la agencia por la diferencia no pagada por SSI.

Opción de pago privado: El p/madre o tutor(a) puede hacer arreglos con la agencia de colocación.

¿PREGUNTAS? Si tiene preguntas, preocupaciones o circunstancias que no se abordaron anteriormente:

- (1) Contacte a la agencia de colocación directamente.
- (2) Contacte las oficinas de su Administración de Seguro Social local y/o Medicaid.

El p/madre o tutor(a) del joven es el responsable final del pago.

CÓMO SOLICITAR A UNA RESIDENCIA COMUNITARIA (CR):

1. Complete la Solicitud de Remisión adjunta y prepare un paquete completo de remisión, incluyendo lo siguiente:

Requisitos Regulatorios Mínimos para Remisión: De acuerdo a las regulaciones de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (Parte 594.8), una remisión para admisión a un programa de Residencia Comunitaria debe incluir:

Solicitud de Remisión completa

- Documentación de apoyo de la remisión del comité del Punto Único de Acceso (SPOA) del condado de origen del joven
- Informe médico actualizado (dentro de los pasados 90 días)
- Evaluación psicosocial (dentro de los pasados 90 días)
- Evaluación psiquiátrica (dentro de los pasados 90 días)
- Evaluación educativa (dentro del pasado año)
- Consentimiento firmado por p/madre o tutor(a) para ser considerado para remisión/admisión
- Descripción de las conductas actuales del niño y puntos fuertes y problemas significativos
- Documentación de que se ha explorado razonablemente servicios menos restrictivos como la comunidad, hogar y/o servicios no residenciales ampliados y los mismos no están disponibles o no han sido exitosos.
- Autorización de un médico para Servicios Residenciales Comunitarios (nota: agencias selectas pueden también requerir una copia de la nota de progreso del médico que verifica un contacto cara a cara en la fecha de la autorización del médico)

Información adicional requerida:

- Copia de la Partida de Nacimiento (si un joven está en custodia/tutela de un adulto(s) que no sea los enumerados, incluya documentación oficial del estado de custodia)
- Copia de inmunizaciones
- Plan Educativo Individualizado (IEP) de ser aplicable (para el año escolar actual)
- Plan de tratamiento (más reciente – del proveedor actual como aplique)
- Plan de Gestión de Crisis Individualizado (más reciente – del proveedor actual como aplique)
- Evaluación Psicológica (más reciente – dentro de los pasados 3 años)
- Cualquier información relevante para los Criterios de Admisión “Consideraciones Adicionales” según descritas en la página previa de este paquete.

2. Someta la solicitud al comité de SPOA del condado de origen del joven. Contacte al coordinador de SPOA para instrucciones adicionales en este paso, ya que el proceso varía por condado. *RECORDATORIO*: las regulaciones de NYS OMH requieren documentación del apoyo de SPOA a la remisión a CR.
3. El personal del programa de CR le llamará para hacer los arreglos para una entrevista con el joven que está siendo remitido y para invitar, al joven, y su familia para que visiten el programa y obtengan más información acerca del programa (si esto ya no ha ocurrido antes de la remisión).
4. Cada programa tiene un comité que revisa la capacidad del joven y la familia remitida para beneficiarse de la participación en el programa. A usted se le invitará para que asista a esta reunión, y se le informará por escrito la decisión del comité.
5. De ser apropiado, se programará una visita(s) de pre-colocación para el joven.
6. De ser apropiado, se discutirá con la familia la vacante(s) anticipada y la fecha de admisión.

**SOLICITUD DE REMISIÓN
PARA RESIDENCIA COMUNITARIA (CR)**

INFORMACIÓN SOBRE EL JOVEN:

Nombre del Joven: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Etnicidad: _____

Ciudadanía del Joven: Ciudadano Estadounidense Otro (especifique: _____)

Joven está actualmente en: Hogar Hospital
 Colocación Residencial (especifique: _____)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Número de Teléfono: _____ extensión: _____

Tutor(a) Legal: _____ Relación con el Joven: _____

Nombre de la parte que tiene la custodia (Ej.: DSS, OCFS): _____

Dirección del Custodio: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono Comercial: _____

INFORMACIÓN SOBRE FUENTE DE REMISIÓN:

Nombre del Agente de Remisión: _____

Título/Relación con el Joven: _____

Agencia que Remite: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Número de Teléfono: _____ extensión: _____

Razón para la Remisión:

¿Cuál es el plan anticipado de permanencia/dar de alta para este joven?

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA:

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza/Etnicidad (opcional): _____ Afiliación Religiosa/Espiritual (opcional): _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: _____ Condado of Origen: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono: _____

Dirección del Trabajo: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Estado Marital: _____ De ser aplicable, fecha y con quién: _____

Nombre del Cónyuge/Pareja: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza/Etnicidad (opcional): _____ Afiliación Religiosa/Espiritual (opcional): _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: _____ Condado of Origen: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono: _____

Dirección del Trabajo: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Estado Marital: _____ De ser aplicable, fecha y con quién: _____

Nombre del Cónyuge/Pareja: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Hermanos:

NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	TOTAL	MEDIO	HERMA- NASTRO	OTRO

Adultos significativos adicionales en la vida del joven remitido:

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO

HISTORIAL DE COLOCACIÓN DEL JOVEN:

Edad/Inicio de los problemas psiquiátricos (describa):

Edad del primer tratamiento psiquiátrico (describa):

Hospitalizaciones Psiquiátricas:

<i>Instalación</i>	<i>Fechas</i>	<i>Terapeuta/Psiquiatra</i>	<i>Razón para la hospitalización</i>

Otras colocaciones (enumere colocaciones previas incluyendo colocaciones en OMH y DSS/OCFS):

<i>Instalación/Programa</i>	<i>Fechas</i>	<i>Terapeuta/Psiquiatra</i>	<i>Razón para la colocación</i>

INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL DEL JOVEN:

Diagnóstico psiquiátrico más reciente (DSM 5):

Diagnóstico Primario: _____

Otro Diagnóstico:

Diagnosticado por (nombre & título): _____ Fecha del Diagnóstico: _____

Terapeuta actual: _____ Teléfono: _____

Nombre de Agencia/Instalación: _____

Dirección de Agencia: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Psiquiatra actual: _____ # de Licencia: _____

Nombre de Agencia/Instalación: _____ Teléfono: _____

Dirección de Agencia _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Medicamentos psicotrópicos recetados:

Medicamento	Dosis	Horario	¿PRN? S/N

Tiene el joven remitido un historial de:

	SÍ	Fecha & Descripción del Incidente Más Reciente	NO	DESCONOCIDO
Pegar fuego				
Perpetración sexual				
Victimización sexual				
Comportamientos sexualizados				
Agresión verbal				
Agresión física				
Suicida: Ideación				
Gestos				
Intentos				
Otro daño a sí mismo				
Homicida: Amenazas				
Gestos				
Abuso de sustancias				
Actividades criminales				
Adjudicación(es) Legal(es)				

Información adicional: _____

Historial de drogas/alcohol:

Por favor enumere cualquier evaluación o tratamiento para abuso de sustancias recibidos por el joven remitido:

<i>Instalación/Programa</i>	<i>Fechas</i>	<i>Recomendaciones al Ser Dado de Alta</i>

¿Se indica tratamiento continuo/adicional en estos momentos? Sí No

De ser sí, describa:

INFORMACIÓN MÉDICA DEL JOVEN:

Médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Fecha del último examen físico: _____

¿Tiene alergias el joven? De ser sí, especifique:

Describa cualquier necesidad/preocupación médica (Ej., asma, convulsiones, acné):

Dentista: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Fecha del último examen dental: _____

Otros proveedores médicos que proveen servicios al joven actualmente:

<i>Nombre del Proveedor</i>	<i>Dirección & Teléfono</i>	<i>Razón para los Servicios</i>

Medicamentos NO psicotrópicos recetados:

Medicamento	Dosis	Horario	¿PRN? S/N

INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL JOVEN:

Escuela Actual: _____ Grado: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Consejero Escolar: _____ Teléfono: _____

Colocación Educativa Actual: Regular CSE Plan 504

Clasificación CSE (marque todas las que apliquen):

- Ninguna Perturbación Emocional Discapacidad de Aprendizaje
- Discapacidad Intelectual Impedimento del Habla Impedimento Visual
- Impedimento de Audición Otro Impedimento de Salud
- Otro: _____

Elegibilidad para Diploma (solo grados 9-12): Regente Local IEP

Año: _____

Distrito Escolar Hogar: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Resultados de la Prueba de IQ (si está disponible):

Fecha de la Prueba: _____ Prueba Administrada: _____

Resultados de la Prueba: Desempeño: _____ Verbal: _____ Escala Total: _____

Prueba Administrada por: _____ Título: _____

Nivel de Funcionamiento Estimado: Sobre el Promedio Promedio
 Fronterizo Discapacitado Intelectual

INFORMACIÓN FINANCIERA:

Número de Medicaid del Joven: _____ Condado: _____

Otro Proveedor de Seguro Médico: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ No. de la Póliza: _____

¿Recibe el joven un beneficio de SSI actualmente? Sí No

De ser no, fecha de radicación de solicitud para SSI: _____

¿Recibe el joven un beneficio de Seguro Social de Sobreviviente actualmente? Sí No

¿Se paga manutención de niño para este joven actualmente? Sí No

De ser sí, ¿quién recibe el pago de manutención de niño? _____

¿Se paga un subsidio de adopción para este joven actualmente? Sí No

De ser sí, ¿quién recibe el subsidio de adopción? _____

Nota especial: Cualquier ingreso recibido por el joven o a nombre del joven podría reducir la cantidad que SSI paga a la agencia de colocación. En estos casos, se espera que el ingreso recibido vaya hacia el costo de la atención para este joven mientras esté colocado en la agencia.

El padre o madre/tutor(a) del joven es el responsable final del pago.

Solicitud de Remisión preparada por: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO & FIRMAS (requerido):

He repasado esta solicitud de remisión, y consiento que se me considere para admisión al programa(s) indicado.

Firma del Joven: _____ Fecha: _____

He repasado esta solicitud de remisión, y consiento que mi niño sea considerado para admisión al programa(s) indicado.

Firma del P/Madre o Tutor(a): _____ Fecha: _____