|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE LA REMISIÓN** |
| **Envío esta remisión de ICC a:***Las remisiones se pueden enviar a ambos proveedores para minimizar la cantidad de tiempo que deberá esperar el joven o la familia para que le asignen a un facilitador.*[ ]  Wraparound Fairfax [ ]  UMFS/ICC | **Proveedor de FSP**[ ]  FSP ya trabaja con el joven o la familia.  Proveedor: Haga clic aquí para escribir texto. |
| *Solicitudes especiales para el facilitador de wraparound (asistencia integral) (p. ej. que hable español, etc.):* Haga clic aquí para escribir texto. | *Solicitud especial para el socio de apoyo familiar (p. ej. que hable español, etc.):*  Haga clic aquí para escribir texto. |
| **INFORMACIÓN DEL JOVEN** |
| Dirección: Haga clic para escribir la dirección.  |
| Ciudad: Haga clic para escribir la ciudad.  | Estado: Haga clic para escribir el estado.  | Código postal: Haga clic para escribir el código.  | Correo electrónico *(si aplica):* Haga clic para escribir texto. |
| Raza: Haga clic para elegir la opción.  | Origen hispano: [ ] Sí [ ]  No |
| Dónde vive actualmente el joven: [ ]  Con la familia | [ ]  En hogar sustituto | [ ]  Centro residencial |[ ]  Otro (*especifique):* Haga clic aquí para escribir texto. |
| Colocación educativa: | IEP: [ ] Sí [ ]  No |
| Diagnóstico (si se conoce):  |
| Factores de riesgo identificados:  |
| **Razón para la remisión** *(A continuación, especifique las necesidades que deben atenderse (indique las que tengan clasificación 2 y 3 en la herramienta CANS). Incluya los servicios que ya se hayan usado con anterioridad).*Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Marque todas las que correspondan.****Colocación fuera del hogar:**[ ]  Centro residencial nivel C[ ]  Hogar grupal nivel B[ ]  Hospitalización psiquiátrica[ ]  Justicia juvenil/encarcelamiento Hogar sustituto regular o, si actualmente reside con la familia biológica y, a causa de problemas conductuales, está en riesgo de colocación bajo la custodia de DFS[ ]  Colocación en tratamiento de cuidado temporal o, si actualmente reside con la familia biológica o una familia regular de cuidado temporal y, a causa de problemas conductuales, está en riesgo de ser trasladado a un nivel de cuidado más alto[ ]  Albergue de emergencia (cuando la colocación es debido a problemas conductuales o de salud mental del menor)**En riesgo de colocación fuera del hogar:**[ ]  El joven actualmente tiene comportamientos que están empeorando y que ponen al menor o a otros en riesgo inmediato de lesiones físicas[ ]  En las últimas 2 a 4 semanas, el padre, madre o tutor legal no ha podido manejar en el hogar los problemas mentales, conductuales o emocionales del joven y está buscando activamente cuidado fuera del hogar Uno o más de los siguientes servicios se le proporcionaron al joven en los últimos 30 días y no han mejorado los problemas que se presentan:[ ]  Intervención en casos de crisis [ ]  Servicios como paciente ambulatorio por abuso de sustancias[ ]  Estabilización de crisis [ ]  Psicoterapia como paciente ambulatorio[ ]  Apoyo de salud mental [ ]  Tratamiento de día |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE LA FAMILIA** |
| Nombre del padre/madre/tutor legal: Haga clic para escribir texto.  | Teléfono: Haga clic para escribir el teléfono. |
| Dirección: [ ]  Marque aquí si es la misma que la del joven Haga clic para escribir la dirección. |
| Ciudad: Haga clic para escribir la ciudad. | Estado: Haga clic para escribir el estado. | Código postal: Haga clic para escribir el código. | Correo electrónico: Haga clic para escribir texto. |
| Relación con el joven:  |
|  |
| Nombre del padre/madre/tutor legal: Haga clic para escribir texto.  | Teléfono: Haga clic para escribir texto.  |
| Dirección: [ ]  Marque aquí si es la misma que la del jovenHaga clic para escribir la dirección. |
| Ciudad: Haga clic para escribir la ciudad. | Estado: Haga clic para escribir el estado. | Código postal: Haga clic para escribir el código. | Correo electrónico: Haga clic aquí para escribir texto. |
| Relación con el joven: Haga clic para escribir texto. |
|  |
| **Otros jóvenes en el hogar** |
| Nombre: Haga clic para escribir el nombre.  | Edad: Haga clic para escribir la edad. | Relación: Haga clic para escribir texto.  |
| Nombre: Haga clic para escribir el nombre.  | Edad: Haga clic para escribir la edad. | Relación: Haga clic para escribir texto.  |
| Nombre: Haga clic para escribir el nombre.  | Edad: Haga clic para escribir la edad. | Relación: Haga clic para escribir texto.  |
|  |
| Idioma natal de la familia: Haga clic para escribir texto.  | Se necesita intérprete: [ ] Sí [ ] No |
| **INFORMACIÓN DEL SEGURO** |
| Copago actual de CSA en el expediente: [ ] Sí [ ]  No Si hay, el copago vence: Haga clic para escribir la fecha.  | ***\*El acuerdo de contribución de los padres con CSA (copago) debe estar actualizado antes de iniciar los servicios*** |
| Exención del copago de CSA: [ ]  Sí [ ]  No Si está exento, la exención vence: Haga clic para escribir la fecha.  |
| ¿Tiene Medicaid el joven/la familia? [ ]  Sí [ ]  No | Si no, ¿es el joven/la familia elegible para Medicaid? [ ]  Sí [ ] No |
| ¿Tiene seguro privado la familia? [ ] Sí [ ]  No | Si tiene, proveedor del seguro:  |
| Otra información del seguro/otras notas:  |
| **PARTICIPACIONES DE LA AGENCIA** |
| Agencia/administrador de casos primario (principal) de CSA: Haga clic para escribir texto.  |
| Teléfono: Haga clic para escribir el teléfono.  | Fax: Haga clic para escribir el fax.  | Correo electrónico: Haga clic para escribir el correo electrónico.  |
| Participación pasada de ICC: [ ]  Sí [ ]  No Si hubo, con qué proveedor: [ ] UMFS [ ] Wraparound Fairfax |
| Participación pasada de FSP: [ ]  Sí [ ]  No Si hubo, con qué proveedor: [ ] NAMI – FSP [ ] UMFS – FSP |
| **PARTICIPACIONES DE OTRAS AGENCIAS/PROVEEDORES** |
| Nombre/agencia: Haga clic para escribir texto. | Correo electrónico: Haga clic para escribir texto.  |
| Teléfono: Haga clic para escribir el teléfono.  | Fax: Haga clic para escribir el fax. |
| Nombre/agencia: Haga clic para escribir texto. | Correo electrónico: Haga clic para escribir texto.  |
| Teléfono: Haga clic para escribir el teléfono.  | Fax: Haga clic para escribir el fax. |
| Nombre/agencia: Haga clic para escribir texto. | Correo electrónico: Haga clic para escribir texto.  |
| Teléfono: Haga clic para escribir el teléfono.  | Fax: Haga clic para escribir el fax. |
| Nombre/agencia: Haga clic para escribir texto. | Correo electrónico: Haga clic para escribir texto.  |
| Teléfono: Haga clic para escribir el teléfono.  | Fax: Haga clic para escribir el fax. |
| Nombre/agencia: Haga clic para escribir texto. | Correo electrónico: Haga clic para escribir texto.  |
| Teléfono: Haga clic para escribir el teléfono.  | Fax: Haga clic para escribir el fax. |

|  |
| --- |
| **COLOCACIONES DE SERVICIOS ACTUALES *(OBLIGATORIO)*** |
| **Si el joven o la familia están recibiendo alguno de los siguientes servicios o se espera que continúen recibiéndolos mientras obtienen servicios de un socio que apoya a la familia, marque todos los que correspondan:**[ ]  Servicios de evaluación, análisis y diagnóstico[ ]  Servicios como paciente ambulatorio (incluyendo asesoría individual, grupal o familiar; revisión o administración de medicamentos)[ ]  Servicios para atender emergencias o crisis[ ]  Servicios intensivos en el hogar[ ]  Servicios intensivos de tratamiento de día[ ]  Cuidado de relevo[ ]  Crianza temporal terapéutica[ ]  Servicios para la transición a la edad adulta[ ]  Servicios de apoyo para rehabilitación, por ejemplo, ayuda para conseguir y mantener un empleo[ ]  Mientras espera a que inicien otros servicios[ ]  Otro. Escriba al nombre del servicio: Haga clic aquí para escribir texto. |

**El administrador de casos que remite proporcionó a la familia una breve introducción al proceso de wraparound (asistencia integral) para incluir las expectativas requeridas de la participación del joven y la familia. El joven y la familia entienden que este es un proceso de planificación intensiva y aceptan:**

* ***Participar en las visitas semanales al hogar con el facilitador de wraparound, durante la fase de involucramiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_*** *(iniciales del padre/madre/tutor legal y del joven)*
* ***Participar en reuniones mensuales del equipo del joven y la familia (YFT) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_*** *(iniciales del padre/madre/tutor legal y del joven)*

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Firma del joven*  *Fecha*

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Firma del padre/madre/tutor legal Fecha*

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Firma del padre/madre/tutor legal Fecha*

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Firma del administrador de casos*  *Fecha*

**Los formularios de remisión llenados deberán enviarse a:**

UMFS: Jessica Grimes al correo jgrimes@umfs.org

Wraparound Fairfax: Doug Healey al correo doug.healey@fairfaxcounty.gov

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROVEEDOR***Si tiene preguntas sobre los proveedores de ICC/FSP, llame al supervisor del programa:* |
| **Proveedor** | **Supervisor** | **Correo electrónico** |
| Wraparound Fairfax | Doug Healey | doug.healey@fairfaxcounty.gov  |
| UMFS-ICC | Courtnee Whitaker | cwhitaker@umfs.org  |