|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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 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](mailto:jgrimes@umfs.org)

Wraparound Fairfax: Doug Healey al correo [doug.healey@fairfaxcounty.gov](mailto: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](mailto:doug.healey@fairfaxcounty.gov) |
| UMFS-ICC | Courtnee Whitaker | [cwhitaker@umfs.org](mailto:cwhitaker@umfs.org) |