



SOLICITUD DE ADMISION NUEVA

La Solicitud de Admisión Nueva se somete al Departamento para aprobación de un posible residente nuevo.



INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

El proveedor es el adulto responsable de mantener el hogar y de brindar atención a los residentes.

Nombre Legal Completo:		Numero de Certificado:
Numero de Teléfono: ()	Correo Electrónico:	
¿Qué entrenamiento y/o experiencia específica tiene el proveedor que garantice la atención adecuada en los niveles o tipos de servicios requeridos para satisfacer las necesidades del posible residente?		

INFORMACIÓN DEL HOGAR

El hogar es el entorno residencial donde el proveedor vive con el (los) residente (s).

Dirección Física:		
Ciudad Física:	Estado Física:	Código Postal:
¿La casa cuenta con equipo de adaptación (por ejemplo, rampas, barras de agarre, etc.)? Es caso afirmativo, por favor describa _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cantidad de Persona en el Hogar:
		Cantidad de Habitaciones:
		Cantidad de Baños:
¿El proveedor agregado una copia del plano de la casa que indica el dormitorio de cada residente (incluyendo las medidas de cada habitación) y posibles barreras para entrar o salir de la habitación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

INFORMACION DEL PERSONAL

El proveedor es el adulto principalmente responsable de mantener el hogar y brindar atención a los residentes. Los cuidadores sustitutos (quienes tienen certificación actual de RCP/primeros auxilios, el curso de medicamentos y una verificación de antecedentes penales) pueden brindar atención a los residentes cuando el proveedor no está disponible por hasta 30 días consecutivos. Los empleados no pueden tener contacto sin supervisión con los residentes sin una verificación de antecedentes penales.

¿El proveedor trabaja fuera de casa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<u>DIAS</u>	<u>HORARIO</u>
En caso que si, o, por favor proporcione:	Domingo	_____
Nombre de empleador: _____	Lunes	_____
Numero de trabajo: (_____) _____	Martes	_____
Dirección de trabajo: _____	Miércoles	_____
	Jueves	_____
	Viernes	_____
	Sábado	_____
CUIDADOR SUSTITUTO / EMPLEADOS	HORARIO	

INFORMACIÓN DEL RESIDENTE PROSPECTIVO

El posible residente es el adulto vulnerable para quien el proveedor solicita aprobación para admitir al hogar. A menos que sea admitido en una base de emergencia de acuerdo con IDAPA 16.03.19.260.03.a., el residente potencial no debe mudarse a la casa del proveedor hasta que esta solicitud sea aprobada por el Departamento.

Nombre Completo Legal:		Fecha de Nacimiento:
Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	Relación con el Proveedor:	
Diagnósticos/Comportamiento: _____		
Programa de Pago: <input type="checkbox"/> Aged & Disabled Waiver, Medicare/Medicaid Coordinated Program, or Idaho Medicaid Plus <input type="checkbox"/> Developmental Disabilities Waiver, or Self Direction <input type="checkbox"/> Pago Privado		
¿El residente tiene un tutor legal o un poder legal de atención médica? <i>En caso afirmativo, Nombre del Representante: _____</i>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Número de Teléfono: (____) _____</i>
¿El residente tiene algún impedimento físico o sensorial (por ejemplo, no ambulatorio, ciego, etc.)? <i>En caso afirmativo, describa:</i>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿El proveedor ha revisado y agregado una copia del historial reciente y el examen físico hecho por el profesional de salud del residente que refleja el estado de salud actual del residente?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿El proveedor ha revisado y agregado una copia de los medicamentos y tratamientos actuales del residente, y se ha asegurado de que el hogar pueda ofrecerle asistencia legalmente?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si es aplicable, ¿el proveedor ha revisado y agregado una copia del plan de servicio del residente de otro entorno de atención médica, si algún existe, que ha sido implementado dentro de los seis (6) meses anteriores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

INFORMACIÓN DEL RESIDENTE EXISTENTE

Dejar en blanco si no es aplicable. Un residente existente es un adulto vulnerable que ya recibe servicios en el hogar del proveedor. Si el residente existente y el residente prospectivo necesitan nivel de atención de un centro de enfermería, el proveedor también debe enviar una solicitud de excepción a IDAPA 16.03.19.130 con esta solicitud.

Nombre Completo Legal:		Fecha de Nacimiento:
Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	Relación con el Proveedor:	
Diagnósticos/Comportamiento: _____		
Programa de Pago: <input type="checkbox"/> Aged & Disabled Waiver, Medicare/Medicaid Coordinated Program, or Idaho Medicaid Plus <input type="checkbox"/> Developmental Disabilities Waiver, or Self Direction <input type="checkbox"/> Pago Privado		
Número de horas de atención diarias requeridas según la evaluación o el programa:		

SOLICITUD DE ADMISIÓN Y DECISIÓN:

Fecha Anticipada de Admisión:	¿Admitido en base de Emergencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mi firma significa aquí comprueba que la información proporcionada anteriormente es correcta.	
Firma del Proveedor:	Date:
To Be Completed by the Department	
Is placement of the requested new admission approved?*	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Certifying Agent Signature:	Date:

* El agente debe notificar al proveedor la decisión del Departamento dentro de los cinco (5) días hábiles después de que la solicitud haiga sido sometida. Cuando se da una notificación verbal, devuelva solicitud al proveedor dentro de los diez (10) días hábiles. Si se aprueba y el nuevo residente está recibiendo asistencia pública, también proporcione una copia de esta solicitud a los Servicios Regionales de Medicaid.