

Nombre del Proveedor:		Telefono:	Fecha:
Direccion:			
<b>NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR (NO incluya a su(s) residente(s) aquí.)</b>			
Numero de Adultos	Numero de Niños		Edades de los Niños

<b>ESTADO DE EMPLEO DE CADA PROVEEDOR</b>			
Otro empleo?	NO	SI	Si sí, ¿dónde, qué días y qué horas?
<b>Cuidador # 1</b> (Por favor escriba el nombre)			
<b>Cuidador # 2</b> (Por favor escriba el nombre)			

**CALIFICACIONES DE CADA CUIDADOR** Por favor incluya fechas de certificaciones.

Cuidador # 1	
Cuidador # 2	

Anote cualquier otro cuidador en una hoja aparte.

<b>RESIDENTES ACTUALES / PROPUESTOS Y CUIDADO REQUERIDO</b>		
Adjunte copias de la evaluación actual (por ejemplo, recomendaciones, SIS), plan de servicio, historial y examen físico, y lista de medicamentos		
Nombre del Residente # 1:	Fecha de Nacimiento:	Genero:
Pago de Fuente: <input type="checkbox"/> A&D Waiver <input type="checkbox"/> DD Waiver <input type="checkbox"/> Pago Privado	¿Horas de atención directa necesarias cada día?	
¿El residente tiene un tutor legal?  <input type="checkbox"/> No -Por favor, proporcione un nombre de contacto de emergencia y número de teléfono para el residente:  <input type="checkbox"/> Sí- Proporcione el nombre y número de teléfono del tutor	Diagnósticos/Comportamientos/Necesidades Especiales:	

Nombre del Residente # 2:	Fecha de Nacimiento:	Genero:
Pago de Fuente: <input type="checkbox"/> A&D Waiver <input type="checkbox"/> DD Waiver <input type="checkbox"/> Pago Privado	¿Horas de atención directa necesarias cada día?	
¿El residente tiene un tutor legal?  <input type="checkbox"/> No -Por favor, proporcione un nombre de contacto de emergencia y número de teléfono para el residente:  <input type="checkbox"/> Sí- Proporcione el nombre y número de teléfono del tutor	Diagnósticos/Comportamientos/Necesidades Especiales:	

Nombre del Residente # 3:	Fecha de Nacimiento:	Genero:
Pago de Fuente: <input type="checkbox"/> A&D Waiver <input type="checkbox"/> DD Waiver <input type="checkbox"/> Pago Privado	¿Horas de atención directa necesarias cada día?	
¿El residente tiene un tutor legal? <input type="checkbox"/> No -Por favor, proporcione un nombre de contacto de emergencia y número de teléfono para el residente:  <input type="checkbox"/> Sí- Proporcione el nombre y número de teléfono del tutor	Diagnósticos/Comportamientos/Necesidades Especiales:	

Nombre del Residente # 4:	Fecha de Nacimiento:	Genero:
Pago de Fuente: <input type="checkbox"/> A&D Waiver <input type="checkbox"/> DD Waiver <input type="checkbox"/> Pago Privado	¿Horas de atención directa necesarias cada día?	
¿El residente tiene un tutor legal? <input type="checkbox"/> No -Por favor, proporcione un nombre de contacto de emergencia y número de teléfono para el residente:  <input type="checkbox"/> Sí- Proporcione el nombre y número de teléfono del tutor	Diagnósticos/Comportamientos/Necesidades Especiales:	

### DESCRIPCION DE TU CASA

*Proporcione un bosquejo del plano de su casa que identifique los dormitorios que se enumeran a continuación*

Dormitorios de los residentes	Pies Cuadrados de la Habitación	Ocupante (s) propuesto (s)
Recamara #1		
Recamara #2		
Recamara #3		
Recamara #4		

**Mi firma a continuación certifica que he leído, entiendo y cumpliré con las reglas que rigen las excepciones al límite de dos camas en mi casa.**

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\* TENGA EN CUENTA \*\***

**Una solicitud de excepción a IDAPA 16.03.19.100.03 debe acompañar este formulario. Si más de un residente requiere un nivel de atención en un centro de enfermería, incluya también IDAPA 16.03.19.130.**