



El Arco de Baltimore

The Arc of Baltimore

Solicitud de Servicios

Application for Services

(Por favor escribir en letra imprenta o a maquina)

(Please Print or Type)

Date of Application: _____

Fecha de la Aplicación:

Check program(s) for which application is being submitted.

Verifique el programa (programas) para el cuál la aplicación se somete

Day/Vocational

Díario/Vocacional

Medical Day Care

Cuidado Médico de Diario

Family Support Services

Servicios de Apoyo de

Familia

Residential

Residencial

Respite Care

Cuidado de Respiro

Supported Living

Ayuda Económica

Supported Employment

Ayuda para buscar

Empleo/trabajo

APPLICANT'S GENERAL INFORMATION

INFORMACION GENERAL DEL SOLICITANTE/S

Name: _____

Name: Last (Apellido)

First (Primer Nombre)

Middle (Segundo

Nombre)

Date of Birth: ____/____/____

Fecha del Nacimiento (mes/día/ año)

Place of Birth: _____

Lugar de Nacimiento

Current Address:

____ Dirección actual Street (Calle)

City (Ciudad)

State/Zip (Estado/zona

postal) # of years (#de años)

Permanent

Address: _____

____ Dirección Permanente Street(Calle)

City(Ciudad)

State/Zip(Estado/Zona

postal) # of years(#de años)

Phone # _____ Baltimore City/County of Residence:

Teléfono

Residente de la Ciudad/ Condado de Baltimore

Social Security #: _____ Type of

Income/Amount: _____

Del Seguro Social

El tipo de Ingreso/Cantidad

Medicare #: _____

De la Tarjeta del Medicare

Medical Assistance #: _____

De Tarjeta de Asistencia Médica

Other Health Insurance: _____ Prescription

Coverage: _____

Otro Seguro Médico

Seguro para prescripción de medicinas

Does Applicant have a Service Coordinator?

¿Tiene el Solicitante un Coordinador/a del Servicios?

Name (Nombre del Coordinador/a)

Phone # (#Teléfono)

1. **PARENT/GUARDIAN/CAREGIVER INFORMATION**

INFORMACION DE LOS PADRES/PERSONA RESPONSABLE O QUE LO CUIDA

Name: _____

Nombre:

Address: _____

Dirección:

City/State: _____

Ciudad/Estado

Phone: _____ Relationship to Applicant:

Telefono

Relación con el aplicante:

*Advocacy, resources and community for people with developmental disabilities
7215 York Road/Baltimore, Maryland 21212-4499/ (410) 296-2272 / Fax(410) 296-2394 / TTY (410)
296-6372
www.arcofbaltimore.org*

APPLICANT'S LIVING SITUATION/FAMILY SITUATION – Please include

names

2. **APPLICANT'S LIVING SITUATION/FAMILY SITUATION – Please include names**

SITUACIÓN DE VIVIENDA / FAMILIAR DEL APLICANTE - POR FAVOR INCLUYA NOMBRES

Parents: _____ Guardian or relatives

Padres:

Guardián o Parientes

Foster Home: _____ Other:

Casa temporal

Otro

Address: _____

Dirección:

OTHER FAMILY MEMBERS LIVING IN THE HOME (Use additional paper if necessary): **OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA VIVIENDO EN LA MISA CASA (continúe en un papel adicional si es necesario)**

NAME NOMBRE	BIRTH DATE FECHA DE NACIMIENTO	RELATION TO APPLICANT RELACION CON EL APLICANTE	PHONE # TELEFONO	OCCUPATION OCUPACION

EMERGENCY CONTACT: (Other than Parent / Guardian / Caregiver).

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: (DISTINTA A LOS PADRES/GUARDIAN/ PERSONA QUE LO CUIDAD)

Name: _____ Relationship to applicant: _____

Nombre: _____ **Relación con el Aplicante**

Address: _____ Phone _____

Number: _____

Dirección _____ **Número Telefónico**

4. APPLICANT'S FINANCIAL INFORMATION

INFORMACION FINANCIERA DEL APLICANTE

SSI Claim #: _____ SSI Amount: _____

\$ _____

De reclamo del SSI _____ **Cantidad a recibir del SSI**

SSA Claim #: _____ SSA Amount: \$ _____

De reclamo del SSA _____ **Cantidad a recibir del SSA**

Name of wage

earner: _____

Nombre Del beneficiario

Name Of Representative Payee:

Nombre de la Persona Representante

V.A. Claim #: _____ V.A. Benefit

Amount: _____

De reclamo del V.A. _____ **Cantidad a recibir del V.A.**

Name of Veteran: _____

Nombre Del Veterano

Railroad Retirement Claim

Number: _____

Numero de reclamo de Jubilación de los ferrocarriles

Name of Wage earner: _____ Life Insurance

Coverage: _____

Nombre Del beneficiario **Cobertura de Seguro de Vida**

Burial Plot

location: _____

Ubicación de lote/bóveda para sepultura

Estimated value: _____ Type of Burial

Plan: _____

Valor estimado **Tipo de plan**

Mortuario

Other sources of Applicant's

Income: _____

Otras Fuentes de ingresos económicos del Apicante

Applicant's Bank Account: _____ Bank

Name: _____

Cuenta Bancaria Del Apicante **Nombre del Banco**

Any property in applicant's name (give location and value): _____

Alguna propiedad bajo el nombre del Apicante (Dar ubicación y valor de esta propiedad)

Trust Fund: YES NO

Fondo de inversiones **SÍ** **NO**

Type: _____

Tipo de fondo

If yes, give name and address of trustee: _____

Si es afirmativo, dar el nombre y la dirección del Fiduciario o Albacea

Applicant's place of employment (name and address): _____

Lugar de trabajo del Apicante (nombre y dirección)

Applicant's monthly earnings from

employment: _____

Ingreso de salario mensual del apicante

5. **MEDICAL INFORMATION**

INFORMACION MEDICA

A. Applicant's primary health care

provider/physician: _____

Nombre del medico primario del Apicante

Address:

_____ **Dirección**

Phone Number: _____ Date of last physical exam:

Numero Telefónico
físico

Fecha del último examen

Examined by: _____

Address: _____

Examinado/a por

Dirección

B. Hospital familiar with applicant (if any):

Hospital familiar al Aplicante (si tiene uno)

Diagnosis

Diagnóstico

Primary:

Primaria

Secondary: _____

Secundaria

Tertiary: _____

Terciaria

Age of Onset: _____

Edad cuando fue inicialmente diagnosticado

C. List any medication(s) taken by applicant

Lista de medicinas que esta tomando el aplicante

MEDICATION MEDICAMENTO	DOSAGE DOSIFICACION	REASON RAZON DE TOMARLO

6. HISTORY OF HOSPITALIZATIONS

HISTORIA DE HOSPITALIZACIONES

DATE FECHA	REASON RAZON	HOSPITAL HOSPITAL	PHYSICIAN DOCTOR

E. Seizures

Convulsiones

1. Does the applicant have seizures?

YES

NO

Padece el Apicante de convulsiones?

SÍ

NO

2. Frequency:

Daily

Weekly

At least once a month

Every few months

Frecuencia:

Diaria

Semanal

Una vez al

mes

Algunos meses

3. Type Of.

Seizures: _____

Clases de convulsiones:

4. Are seizures controlled by medication?

YES

NO

Las convulsiones son controlados con medicinas?

SÍ

NO

F.

Applicant's Mobility

Movilidad del Apicante

Walks Independently

Uses Cane

Uses Crutches

Camina independientemente

Usa bastón

Usa muletas

Uses walker

Uses wheelchair

Manual

Electric

Usa caminador

Usa silla de ruedas

Manual

Eléctrica

G.

Vision

Vista

1. Any vision impairment:

YES

NO

Algún problema visual

SÍ

NO

2. Does applicant wear glasses or contact lenses? _____

El Apicante usa anteojos o lentes de contacto?

3. Date of last eye exam: _____

Fecha del último examen de ojos

4. Legally Blind:

YES

NO

H. **Ciego legalmente** **SÍ** **NO**
Hearing:

Oído

1. *Does applicant have a hearing problem?* YES NO

Tiene el Apicante problemas de audición? **SÍ** **NO**

2. *Does applicant wear a hearing aid:* YES NO

El Apicante usa ayuda auditiva **SÍ** **NO**

3. *Date of last hearing exam:* _____ *Deaf:* YES

NO

Fecha del último examen auditivo **sordo** **SÍ**

NO

I. *Dental*

Dental

1. *Date of last dental exam:* _____ *Dentures:* YES NO

Fecha del último examen dental **Dentadura** **SÍ**

NO

2. *Brief description of any dental problem(s):*

Descripción breve de algún problema/s dental

SPEECH AND LANGUAGE INFORMATION

INFORMACION DEL HABLA O LENGUAJE

1. *Does applicant have speech/language impairment?* YES

NO

Tiene el Apicante impedimento de habla o lenguaje? **SÍ**

NO

2. *Is applicant verbal?* YES NO

El aplicante es verbal? **SÍ** **NO**

3. *Has applicant had a speech/language assessment?* YES

NO

El Apicante ha tenido evaluación del habla y lenguaje? **SÍ**

NO

4. *Assessment done*

by: _____

Evaluación hecha por:

5. *Means of communication:*

Medios de comunicación:

Speech *Sign Language* *Gestures* *Communication*
Board

Habla **lenguaje de signos** **Gestos** **Tabla de**
comunicación

F. *Allergies (bee stings, drugs, dust, mold, food, etc.)*

Alergias (picadas de abeja, medicinas, polvo, moho, comida, etc.)

Does applicant have any other medical problems not listed?

Tiene el Apicante algún otro problema de salud no mencionado?

MENTAL HEALTH

SALUD MENTAL

1. Does applicant have a history of mental health, alcohol or substance abuse?

YES NO

Tiene el Apicante historia de salud mental, o abuso de alcohol o sustancias?

SÍ NO

List previous treatment and dates:

Lista de tratamientos previos y fechas

DATE FECHA	TREATMENT CENTER CENTRO DE TRATAMIENTO	IN-PATIENT OR OUT- PATENT PACIENTE INTERNO O AMBULANTE	PHYSICIAN/COUNSELOR MEDICO/ CONSEJERO

2. Is the applicant currently in treatment?

YES NO

Esta el Apicante actualmente en tratamiento?

SÍ NO

3. Name of psychiatrist/counselor:

Nombre del Medico / Consejero

4. Diagnosis:

Diagnóstico

7. **PSYCHOLOGICAL INFORMATION**

INFORMACION PSICOLOGICA

A. Date of last psychological evaluation:

Fecha de la última evaluación psicológica:

Performed by: _____

Nombre de la persona que hizo la evaluación:

Address: _____

Dirección:

Diagnosis: _____

Diagnóstico:

B. Does applicant have a history of behavioral problems? YES NO

El Apicante tiene historia de problemas de comportamiento? SÍ

NO

(If so, describe the problem using the chart below).

Si la respuesta es afirmativa, describa el problema/as en la siguiente tabla:

BEHAVIOR COMPORTAMIENTO	FREQUENCY FRECUENCIA	SEVERITY SEVERIDAD	INTERVENTION INTERVENCION

C. Has the applicant ever been convicted of a crime? YES NO

El Apicante a sido condenado por Algún crimen? SÍ NO

Provide details:

Provea los detalles:

D. Is any other family member diagnosed as having a disability?

YES NO

Algún otro miembro de la familia ha sido diagnosticado con alguna discapacidad?

SÍ NO

Describe: _____

Describe:

BACKGROUND INFORMATION

CURRICULOM EDUCATIVO

<i>NAME OF SCHOOLS ATTENDED</i> NOMBRE DE LOS COLEGIOS QUE ATENDIO	<i>COMPLETE ADDRESS</i> DIRECCION COMPLETA	<i>DATE</i> FECHA

Contact person: _____

Persona de Contacto:

<i>ADULT PROGRAMS ATTENDED</i> PROGRAMAS PARA ADULTOS QUE HAYA ATENDIDO	<i>COMPLETE ADDRESS</i> DIRECCION COMPLETA	<i>DATE</i> FECHA

Contact person: _____

Persona de Contacto:

<i>VOCATIONAL TRAININGS OR EVALUATION</i> ENTRENAMIENTOS VOCACIONALES O EVALUACIONES	<i>COMPLETE ADDRESS</i> DIRECCION COMPLETA	<i>DATE</i> FECHA

Contact person: _____

Persona de Contacto:

SKILLS CHECKLIST

LISTA DE HABILIDADES

A. Is applicant independent in personal self-care skills? (e.g. bathing, dressing, feeding, toileting) YES

NO

El Aplicante es hábil e independiente en su cuidado personal? (ejemplo:

SÍ

NO

Bañándose, vistiéndose, alimentándose, aseo persona)

B. Can applicant self medicate?

YES

NO

Puede el Apicante tomarse sus medicinas

SÍ

NO

C. Can applicant cross streets?

Independently

With

Assistance

No

**Puede el Apicante cruzar la calle
asistencia NO**

independientemente

con

D. Can applicant use mass transit?

Independently

With Assistance No

**Puede el Apicante usar transportación pública?
con asistencia NO**

Independientemente

E. Is applicant capable of remaining at home unsupervised?

Es el Apicante capaz de permanecer en la casa sin supervisión?

No

Yes

How long?

NO

SÍ

Por cuanto tiempo?

F. Can applicant read?

No

Yes

what level? _____

Puede el Apicante leer? NO

SÍ

A que nivel?

G. Does applicant sleep through the night?

YES

NO

Puede el Apicante dormir toda la noche?

SÍ

NO

H. What time does the applicant usually go to bed?

A que hora el aplicante se acuesta a dormir?

I. What time does the applicant get up in the morning?

A que hora el Apicante se levanta en la mañana?

J. What does the applicant like to do in his/her free time?

Que le gusta hacer al Apicante en su tiempo libre?

SIGNATURES

FIRMAS

Signature of parent/guardian (if applicable)

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIAN (SI APLICA)

Date

FECHA

Signature of parent/guardian (if at least 18 years old)

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIAN (SI ALMENOS ES 18 AÑOS DE EDAD)

Date

FECHA

Signature of person completing this form

FIRMA DE LA PERSONA QUE CONTESTO ESTA APLICACIÓN

Date

FECHA

The Arc of Baltimore provides services and operates its facilities without discrimination on the basis of race, color, national origin, religion, political affiliation, marital status, age, sex or disability. The following information is useful for statistical purposes only; completion of this portion of this application is voluntary.

El Arco de Baltimore es una organización que opera y provee servicios sin discriminación de raza, nacionalidad de origen, religión, afiliación política, estado civil, edad, sexo o discapacidad! La siguiente información es solamente con propósitos estadísticos y responder es voluntario.

Religion: _____

Religion:

Ethnic Identification (check as applicable):

Identificación Étnica (Marcar la que aplica)

Black *Caucasian* *Hispanic* *Native American*
Negro Caucáseo Latino Nativo Americano

Asian *Other* _____

Asiático Otro

U.S. Citizen?

Yes *No*

Ciudadania Estaduinense?

SÍ NO

Sex:

Male

Female

Sexo:

Masculino

Femenino

Height: _____ *Weight:* _____ *Eye Color:* _____ *Hair Color:* _____

Altura:

Peso:

Color de

ojos:

Color del cabello:

Language(s) spoken or understood:

Idioma(s) que habla o entiende

English

Other, specify: _____



Ingles

Otro, especifique

Language(s) used in Applicant's home environment:

Idioma(s) usado por el Apicante en ambiente hogareño

English

Other, specify: _____

Ingles

Otro, especifique

FOR OFFICE USE ONLY

Critical Needs list: Yes No

If yes, check level of services approved:

Day Residential ISS Vocational

-Crisis Resolution

-Crisis Prevention

-Current Request

-Waiting List Initiative

-Waiting List Equity

This application form has been developed jointly by the Baltimore Commission on Disabilities and the Developmental Disabilities Directorate of Baltimore for the purpose of simplifying the process by which an individual applies for services in Baltimore City and Baltimore County.

Este formulario ha sido elaborado conjuntamente por la Comisión de Baltimore para discapacitados y la Dirección del desarrollo de inválidos y discapacitados de Baltimore con el objetivo de simplificar el proceso por el cual un individuo solicita servicios en la Ciudad de Baltimore y el Condado de Baltimore.

AUTHORIZATION TO RELEASE/OBTAIN INFORMATION

Autorización para eximir la obtención de información

Date: _____

Fecha:

Name of person with developmental disability:

Nombre de la persona con incapacidad de desarrollo

D.O.B. _____

Fecha de nacimiento

Address:

Dirección:

I, _____, hereby

authorize _____

Yo, _____ **por la presente autorizo** (Doctor's Name,
Clinic/Hospital name

(Nombre del

Medico, clínica/hospital)

Or other pertinent professional/agency)

U Otro profesional o agencia pertinente

Zip Code:

Address with

**Dirección y zona
postal**

Phone
Number
Numero Telefónico

To release medical, psychological, social narrative and other pertinent information to the Arc of Baltimore as presently requested by same. Authorization is extended for this request only and at this time only.

I understand that the information is requested for the purpose of assisting the Arc of Baltimore in serving me now and/or planning with me for the future.

I understand that all information will be treated in a strictly confidential manner.

Eximir la historia médica, psicológica, social u otra información pertinente requerida actualmente por el Arco de Baltimore. Esta autorización es valida solo una vez y para este único documento

Entiendo que la información es solicitada con el objetivo de asistir al Arco de Baltimore para proporcionarme servicios ahora y/o planificación conmigo para el futuro.

Entiendo que toda la información será tratada en una manera estrictamente confidencial.

Signature **Firma**

Date

Fecha

Parent/Guardian (must sign if client is under 18)

Date

Fecha

Padres/ Guardián (debe firmar, si el cliente es menor de 18 años)

Witness (must sign if "X" is used) **testigo (debe firmar si se Usa X)**

Date

Fecha

Agency Representative **Representante de la**
Agencia Date **Fecha**

Advocacy, resources and community for people with developmental disabilities
7215 York Road/Baltimore, Maryland 21212-4499 / (410) 296-2272 / Fax (410) 296-2394 / TTY (410)
296-6372
www.arcofbaltimore.org

Confidentiality Statement: This message contains confidential information and is intended only for the specified message recipients. If you are not the intended recipient, you should not disseminate, distribute or copy this e-mail. Please notify the sender immediately by e-mail if you have received this e-mail by mistake and delete this e-mail from your system.

Confidentiality Statement: This message contains confidential information and is intended only for the specified message recipients. If you are not the intended recipient, you should not disseminate, distribute or copy this e-mail. Please notify the sender immediately by e-mail if you have received this e-mail by mistake and delete this e-mail from your system.