



Achieve with us.

El Arc Baltimore

The Arc 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

Servicios Para Adultos

Empleo en la comunidad
Community Employment

Cuidado de Respiro
Respite Care

Servicios De Apoyo Del Individio
Individual Support Services

Residencia en la comunidad
Community Living

La Informacion
Information Referral and Advocacy

Services Para Ninos

Cuidado de Respiro
Respite Care

La Informacion
Information Referral and Advocacy

Sercisios en hacer para ninos
In home supports



7215 York Road/Baltimore, Maryland 21212-4499/ (410) 296-2272

www.thearcbaltimore.org



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 : _____ Phone # _____

(Nombre del Coordinador/a)

(#Telefónica)

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: _____

Teléfono

Relación con el aplicante:

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:

Phone: _____ Legal Guardian: _____

Teléfono

Guardián Legal

Date Guardianship was attained: _____ Number of occupants living in the home: _____

Fecha de otorgación a Guardián

Número de ocupantes viviendo en la casa

Type of Guardianship (Check whichever applies):

Tipo de Guardián (marque el que aplica)

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Full
Total | <input type="checkbox"/> Property
propietario | <input type="checkbox"/> Limited
limitado | <input type="checkbox"/> Medical
Medico | <input type="checkbox"/> Person
personal |
|---|---|---|---|--|

3. **FAMILY INFORMATION**
INFORMACION FAMILIAR

FATHER (PADRE)		MOTHER (MADRE)	
Name: (Nombre):		Name: (Nombre):	
Birth date: (Fecha Nacimiento)		Birth date: (Fecha Nacimiento)	
Address: (Dirección)		Address: : (Dirección)	
Home Phone: (Teléfono)		Home Phone: (Teléfono)	
Occupation: (Ocupación)		Occupation: (Ocupación)	
Work Phone: (Teléfono del trabajo)		Work Phone: (Teléfono del trabajo)	
Work Address: (Dirección del trabajo)		Work Address: (Dirección del trabajo)	
Social Security #: (Seguro Social #)		Social Security #: (Seguro Social #)	
Living/Deceased If deceased, date: (Vivo / fallecido –fecha de fallecimiento)		Living/Deceased If deceased, date: (Vivo / fallecido –fecha de fallecimiento)	
Place of Birth: (Lugar de Nacimiento)		Place of Birth: (Lugar de Nacimiento)	
Marital Status: Estado marital		Marital Status: Estado marital	

BROTHERS AND SISTERS (Use additional paper if necessary): HERMANOS Y HERMANAS (CONTINUE EN UN PAPEL ADICIONAL SI ES NECESARIO)

NAME NOMBRE	BIRTH DATE FECHA DE NACIMIENTO	PHONE # TELEFONO	ADDRESS DIRRECCION	OCCUPATION OCUPACION

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 Mortuorio

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 **Fecha del último examen físico**

Examined by: _____ *Address:* _____

Examinado/a por **Dirección**

B. *Hospital familiar with applicant (if any):* _____

Hospital familiar al Apicante (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 apicante

<i>MEDICATION</i> MEDICAMENTO	<i>DOSAGE</i> DOSIFICACION	<i>REASON</i> 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 Aplicante 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
Ciego legalmente **SÍ** **NO**

H. 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

5 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 Aplicante 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

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

Contact person: _____

Persona de Contacto:

ADULT PROGRAMS ATTENDED PROGRAMAS PARA ADULTOS QUE HAYA ATENDIDO	COMPLETE ADDRESS DIRECCION COMPLETA	DATE FECHA

Contact person: _____

Persona de Contacto:

VOCATIONAL TRAININGS OR EVALUATION ENTRENAMIENTOS VOCACIONALES O EVALUACIONES	COMPLETE ADDRESS DIRECCION COMPLETA	DATE 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: Bañándose, vistiéndose, alimentándose, aseo persona)

SÍ NO

B. Can applicant self medicate?

YES NO

Puede el Aplicante tomarse sus medicinas SÍ NO

C. Can applicant cross streets? Independently With Assistance No

Puede el Aplicante cruzar la calle independientemente con asistencia NO

D. Can applicant use mass transit? Independently With Assistance No

**Puede el Apicante usar transportación pública?
independientemente con asistencia No**

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? _____

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?

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:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, check level of services approved:	
<input type="checkbox"/> Day	<input type="checkbox"/> Residential <input type="checkbox"/> ISS <input type="checkbox"/> 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

Address with Zip Code:

Dirección y zona postal

Phone Number

Numero Telefónico

To release medical, psychological, social narrative and other pertinent information to the Arc 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 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 Baltimore. Esta autorización es valida solo una vez y para este único documento
Entiendo que la información es solicitada con el objetivo de asistir el Arco 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