Solicitud de Evaluación de Elegibilidad - Centro Regional

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** | **Idioma hablado:** |
| **Nombre:** | **Fecha de nacimiento:**  |
| **Dirección:**  | **Teléfono:**  |
| **Proveedor(es) principal(es) de cuidado:** | **Teléfono alternativo:**  |

Estimado Centro Regional,

**Estoy solicitando una evaluación de elegibilidad para mi hijo para los servicios del Centro Regional**.

**La historia de la discapacidad de mi hijo es:**

|  |
| --- |
| **Mi hijo podría tener / tiene un diagnóstico de:**[ ] Autismo [ ] Parálisis cerebral [ ] Epilepsia [ ] Discapacidad intelectual |
| [ ] Afección estrechamente relacionada con una discapacidad intelectual o que requiere un tratamiento similar al que se requiere para las personas con discapacidad intelectual. |

**La discapacidad de mi hijo comenzó a la edad de** 17**y es posible que continúe indefinidamente.**

**Mi hijo tiene una limitación funcional significativa en las siguientes áreas de función principal de la vida:**

|  |  |
| --- | --- |
| AREAS DE FUNCIÓN DE LA VIDA | EJEMPLOS/EVIDENCIA |
| [ ]  Capacidad para vivir independientemente |  |
| [ ] Autosuficiencia económica |  |
| [ ]  Aprendizaje |  |
| [ ]  Movilidad |  |
| [ ]  Lenguaje receptivo y expresivo |  |
| [ ]  Auto cuidado |  |
| [ ]  Autodirección |  |

**Se adjuntan los siguientes resúmenes, evaluaciones, notas y documentos en apoyo de lo anterior:**

**Para participar en cualquier reunión de evaluación, necesitaré las siguientes adaptaciones:**

**Espero su respuesta dentro de 15 días hábiles. La mejor manera de comunicarse conmigo es:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] Tel: Casa/Celular:  | [ ] Escriba por correo  | [ ] Otra:      |

Atentamente,

REQUEST FOR REGIOINAL CENTER ELIGIBILITY (TEMPLATE)