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)