



Colleen C. Gallant, Director

Estimado Paciente:

Los Servicios de Terapia Infantil de Florida Elks constituyen un programa que ofrece servicios *gratuitos* de terapia a domicilio a los niños de Florida. Estos servicios son proporcionados por un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional con licencia, contratado por Florida Elks. Esta rehabilitación debe realizarse en el hogar debido a la ausencia de estos servicios a nivel local o debido a que el paciente está médicamente ingresado en su hogar.

La elegibilidad para el tratamiento se basará en una serie de factores que incluyen criterios médicos y de otro tipo, pero sin limitarse a ellos, como los siguientes:

- El paciente debe ser residente de la Florida.
- El paciente debe tener una edad comprendida entre el nacimiento y los 18 años.
- El paciente debe tener una condición que requiera Terapia Física u Ocupacional.
- El paciente debe tener potencial de rehabilitación.
- El paciente debe tener necesidad financiera de servicios gratuitos.

Todas las preguntas de la aplicación deben ser completadas. Si no lo hace, se retrasará el procesamiento de su solicitud. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a nuestro número gratuito, 1-800-523-1673

Colleen Gallant, Director



Post Office Box 49, Umatilla, Florida 32784-0049
352-801-6445 o 800-523-1673

Revisado 02/2017



USO OFICIAL SOLAMENTE

Fecha de Recepción:

Fecha de Aprobación:

Referido a (Terapeuta):

Solicitud de Servicios

P.O. Box 49, Umatilla, FL 32784-0049 | 800-523-1673 | www.elkstherapy.com | cgalant@floridaelkscts.org

Información del Niño/a

Nombre:

Primer Nombre

Segun Nombre

Apellido

Fecha Nacimiento:

Edad

Años

Meses

Sexo:

MASCULINO

FEMENINO

MM/DD/AA

Dirección:

Ciudad:

Código Área:

Servicios de FECTS que solicita: Físico Ocupacional

¿Ha recibido el Niño/a servicios de FECTS anteriormente? Sí No Si es Sí, Cuándo?

Quién lo Refirió a FECTS?

Nombre de la Escuela del Niño/a:

Grado:

Información Médica

Diagnóstico del Niño/a/Preocupaciones Terapéuticas:

¿Recibe el niño actualmente alguna otra terapia? Sí No

En caso afirmativo, qué tipo de terapia?

Medico del Niño/a:

Dirección:

Ciudad:

Código de Área:

Teléfono:

Fax:

Seguro médico del Niño/a?

Ninguno

Privado

Medicad

Otro:

Información de los Padres/ Guardián Legal

Padre/ Guardián Legal #1

Nombre:

Primer Nombre

Apellido

F.D.N.

MM/DD/AA

Dirección:

Ciudad:

Código de Area:

Teléfono:

Dirección de Email:

El Niño Vive con?

Sí No

Parentesco con el niño/a:

Padre Abuelo/a* Acogida/Adoptivo* Otro*:

* Por favor, proporcione los documentos necesarios para demostrar la tutela

Nombre del Empleador:

Teléfono:

Parent/ Guardian Legal #2

Nombre:

Primer Nombre

Apellido

F·D·N

MM/DD/

Dirección:

Ciudad:

Código de Area

Teléfono:

Dirección de Email:

El Niño Vive con?

Sí No

Parentesco con el Niño/a:

Padre Abuelo/a* Acogida/Adoptivo* Otro*:

* Por favor, proporcione los documentos necesarios para demostrar la Tutela

Nombre del Empleador:

Teléfono:

Padre/ Guardian Legal #3 (Si aplica)

Nombre:

Primer Nombre

F.D.N.

MM/DD/

Dirección:

Ciudad:

Código de Area:

Teléfono:

Dirección de Email:

El Niño/a vive con?

Sí No

Parentesco con el Niño/a:

Padre Abuelo* Acogida/Adoptivo* Otro*:

* Por favor, proporcione los documentos necesarios para demostrar la Tutela

Nombre del Empleador :

Teléfono:

Información Financiera

¿Cuáles son los ingresos anuales totales de su hogar? \$0 - \$10,000

\$10,000 - \$20,000

\$20,000 - \$30,000

\$30,000 - \$40,000

\$40,000 - \$50,000

\$50,000 - \$75,000

\$75,000 sobre

Cuéntenos su historia

¿Cómo puede ayudar FECTS?

Aceptación

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Yo entiendo que la información presentada está sujeta a verificación por parte de Florida Elks Children's Therapy Services

Padre/Guardián Legal

Firma del Guardián Legal: _____

Fecha: _____

PARA USO DEL TERAPEUTA SOLAMENTE

Fecha: _____ Nombre del Terapeuta: _____

Notas:

Firma del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Aprobado

Denegado

Firma Del Director: _____ Fecha: _____