



Formulario de Solicitud de Polk Wraparound

¿Quién hace la solicitud?

- Padres o Tutor Legal
- DHS Child Welfare Condado: _____ Teléfono: _____
- Otra Agencia Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Cómo se enteró de Polk Wraparound?

Nombre del Joven: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ ¿Habla Inglés? _____

Padres/Encargado: _____ Teléfono: _____ ¿Habla Inglés? _____

Guardián/Tutor Legal: _____ Teléfono: _____ ¿Habla Inglés? _____

Residencia del Joven: _____

Idioma preferido y/o necesidades culturales: _____

Fortalezas del joven y la familia: _____

¿Qué identificarían como necesidades del joven y la familia? _____

¿Qué servicios o apoyos se han implementado o intentado? _____

Áreas de Preocupación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas y alcohol | <input type="checkbox"/> Estructura familiar o del hogar |
| <input type="checkbox"/> Actividad criminal | <input type="checkbox"/> Habilidades como padres de familia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud conductual/mental | <input type="checkbox"/> Relaciones familiares |
| <input type="checkbox"/> Habilidades individuales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Habilidades de vida independiente en la edad de transición | |

Sistemas Involucrados:

- DHS Child Welfare Justicia Juvenil OYA Salud Conductual/Mental Abuso de Substancias o Adicción
- Salud Física Compleja IEP Escolar Discapacidades del Desarrollo SAIP/SCIP Servicio de Tratamiento Residencial Psiquiátrico (PRTS) Otro _____

Padre o Tutor Legal debe poner sus iniciales:

_____ Entiendo que Polk Wraparound es para jóvenes que son elegibles para Medicaid; Este joven tiene el siguiente Plan de OHP: Pacific Source Marion Polk CCO: ID # _____ OHP Open Card: ID # _____

_____ Entiendo que para que el joven sea considerado para Polk Wraparound, se deben cumplir los criterios de elegibilidad escritos en la página 2.



Oregon
Family Support
Network



Polk Wraparound Criterio de Elegibilidad

Nombre del Joven:		Edad:	Fecha de Solicitud:
		Información adicional o comentario	
SI	NO	Todas las referencias a Polk Wraparound deben cumplir con los siguientes 5 criterios:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Involucración en múltiples sistemas: Salud Conductual/Mental, DHS Child Welfare, Justicia Juvenil, Discapacidades del Desarrollo, Salud Médica, Educación (IEP o fuera de la ubicación principal en la escuela); -O- En riesgo de la involucración de múltiples sistemas para evitar una mayor desestabilización.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay una Evaluación de Salud Mental activa (entre los últimos 60 días); -O- El joven está dispuesto/a a participar en una Evaluación de Salud Mental como parte del proceso de selección, ya sea con el proveedor actual de Salud Conductual/Mental o con nuestra agencia, Salud Conductual del Condado de Polk (PCBH), si aún no está inscrito con un proveedor.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay un Diagnóstico de Salud Mental activa.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Describe por qué las necesidades de coordinación de cuidado no pueden ser satisfechas por el sistema actual/corriente.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La familia/tutor y el joven están interesados y dispuestos a participar en el proceso de Polk Wraparound.	
SI	NO	-Y- cumplir al menos 1 de los siguientes criterios:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La colocación de vivienda estable ha sido interrumpida o está en riesgo de interrupción debido a comportamientos relacionados con las necesidades de salud conductual/mental.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Admisión frecuente o inminente a servicios de tratamiento hospitalario o intensivo.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riesgo significativo de perder la colocación en la escuela o guardería debido a comportamientos relacionados con las necesidades de salud conductual/mental.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riesgo elevado que interrumpe las actividades de la vida diaria.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El sistema de apoyo familiar y factores estresantes ambientales están afectando las actividades de la vida diaria.	
SI	NO	-O- el joven se encuentra en uno de los siguientes programas:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colocación en un programa seguro para adolescentes internados/hospitalizados (SAIP) o un programa seguro para niños internados/hospitalizados (SCIP).	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicio de Tratamiento Residencial Psiquiátrico o en un programa para niños explotados en el comercio sexual.	

Consentimiento para el Proceso de Selección de Polk Wraparound:

Nombre del Joven: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Entiendo que el proceso de selección de Polk Wraparound incluirá una revisión de los registros del joven y se presentará un resumen al Comité de Revisión de Wraparound, que decidirá si el joven cumple con los criterios para el programa de Polk Wraparound.

El Comité de Revisión de Wraparound revisará las fortalezas, necesidades, apoyos, e involucración en múltiple sistemas. También puede incluir el reviso de registros de salud física, de salud conductual/mental, escolares, y de la corte juvenil.

El Comité de Revisión de Wraparound está compuesto de diferentes socios de la comunidad que pueden incluir los siguientes:

- | | |
|---|--|
| Salud Conductual del Condado de Polk (PCBH) | Discapacidades del Desarrollo del Condado de Polk (PCDD) |
| Justicia Juvenil | Red de Asistencia Familiar de Oregon (OFSN) |
| DHS Child Welfare | Youth Era |
| Escuela / Educación Especial | |

Entiendo que la participación en el proceso de selección es voluntaria y al firmar a continuación, doy mi permiso para participar.

_____ Solicito que la información de identificación (confidencial), incluido el nombre y fecha de nacimiento, se redacte durante el proceso de revisión (por favor de firmar en la línea con iniciales).

Firma del Joven

Fecha

Firma del Guardia/Tutor Legal y la Relación

Fecha

STAFF USE ONLY	
Date Received: _____	Staff Name: _____
<input type="checkbox"/> ROIs collected for all "System Involvement" entities listed on page 1.	