

# Solicitud para Servicios del Campamento de Verano 2025 del CSOC

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

## Parte A: Apoyo económico para la matrícula del campamento de verano

Se debe determinar la aptitud de su hijo para recibir los servicios que brinda el CSOC por discapacidad intelectual/del desarrollo antes de presentar esta solicitud. Si usted no conoce la identificación CYBER de su hijo, comuníquese con PerformCare al **877-652-7624**. También puede completar la solicitud de los servicios de campamento de verano en línea en [www.performcarenj.org/SummerCamp](http://www.performcarenj.org/SummerCamp).

### Instrucciones

1. Seleccione un campamento calificado de la lista **aprobada del CSOC** disponible en: [www.performcarenj.org/SummerCamp](http://www.performcarenj.org/SummerCamp).
2. Si el campamento calificado ha determinado que su hijo requiere la ayuda de un **asistente/representante personal** para asistir al campamento, **deberá completar la Parte B de esta solicitud**. Antes de enviar la solicitud, comuníquese con la agencia proveedora de servicios de asistente personal para asegurarse que la agencia que seleccionó cuente con el personal necesario de acuerdo con su solicitud. La lista de proveedores aprobados por el CSOC se puede encontrar aquí: [www.performcarenj.org/summercamp](http://www.performcarenj.org/summercamp).
3. Envíe por correo la solicitud **completada** junto con una **copia de la inscripción o carta de aceptación** del campamento calificado a esta dirección: **PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**. Su solicitud **debe estar completa e incluir el sello postal** o haber sido recibida **antes del 30 de junio de 2025** para que se considere apta para apoyo económico. No se aceptarán solicitudes después de la fecha límite del 30 de junio. Las notificaciones sobre el estado de la solicitud se enviarán por correo después del 1.º de diciembre de 2024 y el 1.º de marzo de 2025.

Tenga en cuenta: el **pago se efectuará al campamento calificado al que asiste el joven después de que el campamento haya brindado los servicios**.

Información del niño			
Nombre del niño		Apellido del niño	
CYBER ID#	Fecha de nac.	Código postal	

Información del padre/tutor legal			
Nombre del padre/tutor legal		Apellido del padre/tutor legal	
Dirección		Ciudad	Estado
Código postal	Teléfono	Correo electrónico	

Información del campamento calificado: envíe la confirmación de inscripción en el campamento con esta solicitud.			
Nombre del campamento calificado		ID del campamento (Se encuentra en la lista de proveedores de campamentos calificados en nuestro sitio en Internet)	
Dirección		Ciudad	Estado
Código postal	Teléfono	Correo electrónico	

<b>Información del campamento calificado:</b> envíe la confirmación de inscripción en el campamento con esta solicitud.					
<b>Tipo de campamento:</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Campamento con pernocte</b> (seleccione hasta <b>6</b> días para reembolso):					
Nombre del campamento:					
Fechas: <b>Fecha de inicio (mm/dd/aa)</b>		<b>Fecha de finalización (mm/dd/aa)</b>			
		al		<b>(no debe exceder los 6 días)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Campamento de día</b> (seleccione hasta <b>10</b> días solo para reembolso):					
<b>Primera semana</b>					
Nombre del campamento:					
Fechas: <b>Fecha de inicio (mm/dd/aa)</b>		<b>Fecha de finalización (mm/dd/aa)</b>			
		al		<b>(no debe exceder los 5 días)</b>	
<b>Segunda semana</b>					
Nombre del campamento:					
Fechas: <b>Fecha de inicio (mm/dd/aa)</b>		<b>Fecha de finalización (mm/dd/aa)</b>			
		al		<b>(no debe exceder los 5 días)</b>	
<b>Fechas no consecutivas para el campamento:</b> (si el joven no asiste 2 semanas completas, ingrese las fechas individuales)					
Nombre del campamento:					
Fechas:	<b>mm/dd/aa</b>	<b>mm/dd/aa</b>	<b>mm/dd/aa</b>	<b>mm/dd/aa</b>	<b>mm/dd/aa</b>
	<b>mm/dd/aa</b>	<b>mm/dd/aa</b>	<b>mm/dd/aa</b>	<b>mm/dd/aa</b>	<b>mm/dd/aa</b>

**Información del campamento calificado:** envíe la confirmación de inscripción en el campamento con esta solicitud.

**Tipo de campamento (continuación)**

**Sesiones recreativas alternativas (ARS)** (seleccione 20 sesiones ARS de dos horas **O** 5 días de campamento de día y 10 sesiones ARS)

Nombre del campamento ARS:

Fechas:	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa
	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa
	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa
	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa

Nombre del campamento de día:

Fechas:	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa
---------	----------	----------	----------	----------	----------

**Certificación**

Por la presente, certifico que, mediante la presentación de esta Solicitud de apoyo económico para la matrícula del campamento de verano, he inscripto por completo a mi hijo en el campamento calificado indicado. Asimismo, declaro que, según mi leal saber y entender, la información ingresada en esta solicitud es verídica y exacta.

Nombre del padre/tutor legal	Firma del padre/tutor legal	Fecha
------------------------------	-----------------------------	-------

# Solicitud para Servicios del Campamento de Verano 2025 del CSOC

## Parte B: Solicitud para Servicios de Asistente Personal para el Campamento de Verano 2025

Si el campamento ha determinado que su hijo requiere de un asistente/representante personal para asistir al campamento, deberá completar esta sección de la solicitud. Usted junto al proveedor del campamento deberán completar el Resumen de Conducta de Adaptación del Niño (CABS) en las páginas siguientes para solicitar los servicios de asistente personal. El campamento deberá tener una copia del CABS completado por las dos partes.

Además, se deberá brindar una copia del CABS a la Agencia proveedora de servicios de asistente personal ya que ofrece un panorama general del impacto de la discapacidad en la vida diaria del niño y del cuidador y ayuda a garantizar el asistente personal que "mejor se adapte" a su hijo. Consulte también la lista de proveedores de asistente personal calificado disponible en el sitio en Internet de PerformCare para completar la solicitud – [www.performcarenj.org/SummerCamp](http://www.performcarenj.org/SummerCamp).

**ATENCIÓN:** Debido a la alta demanda de asistentes personales para niños que asisten al campamento las últimas dos semanas de agosto, el CSOC **no puede garantizar** el cumplimiento con todas las solicitudes. **Su solicitud debe estar completa para que se pueda procesar.**

### Información sobre asistente personal: solo para campamento de día y ARS

Información del niño			
Nombre del niño		Apellido del niño	
CYBER ID#	Fecha de nac.		

Información del proveedor de asistente personal			
Nombre de la agencia proveedora de asistentes personales		ID del proveedor (Se encuentra en la lista de proveedores de asistentes personales en nuestro sitio en Internet)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Persona de contacto en la agencia	Teléfono	Correo electrónico	

Certificación: su solicitud debe estar completa para que se pueda procesar.		
Por la presente, certifico que he inscripto por completo a mi hijo en el campamento indicado y he confirmado con la agencia proveedora de asistentes personales que las necesidades de mi hijo se podrán cumplir a través de su agencia. Asimismo, declaro que, según mi leal saber y entender, la información ingresada en esta solicitud es verídica y exacta.		
Nombre del padre/tutor legal	Firma del padre/tutor legal	Fecha

Envíe la solicitud por correo a esta dirección: **PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919.** Para que esta solicitud se tome en cuenta para los servicios de asistente personal, **debe estar completa y tener el sello postal** o deberá recibirse **a más tardar el 30 de junio de 2025.** Las notificaciones sobre el estado de la solicitud se enviarán por correo después del 1.º de diciembre de 2024 y el 1.º de marzo de 2025. No se aceptarán solicitudes después de la fecha límite del 30 de junio de 2025. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PerformCare al **1-877-652-7624.**

Se deberá completar un Formulario de Resumen de Conducta de Adaptación del Niño (CABS) con el proveedor del campamento.

**Resumen de Conducta de Adaptación del Niño (CABS)**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial media Apellido

CABS completado por: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN I: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Recuerde calificar el desempeño promedio del niño **en su hogar** en los últimos **6 meses**. En los cuadros de comentarios, puede brindar información adicional como, por ejemplo, la intensidad, los factores desencadenantes y si el desempeño actual del niño ha mejorado o empeorado en comparación con las capacidades anteriores.

<b>ALIMENTACIÓN</b>	<b>1</b> Mayormente independiente	<b>2</b> Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	<b>3</b> Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	<b>4</b> Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	<b>5</b> Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	<b>N/C</b> No corresponde
1. Come con los dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se alimenta con una cuchara por su cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se alimenta con un tenedor por su cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Corta alimentos con un cuchillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bebe de una taza o un vaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios/Información adicional: (Explique brevemente las respuestas señaladas con N/C)

USO DEL BAÑO	1 Mayormente independiente	2 Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	N/C No corresponde
1. Identifica cuándo usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Usa el baño sin ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se limpia con papel higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se lava las manos después de usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (Mujeres) Se ocupa de sus aspectos menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Accidentes de vejiga: durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Accidentes de vejiga: durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Accidentes de intestino: durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Accidentes de intestino: durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Usa productos para la incontinencia (pañales o similares).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>CASO AFIRMATIVO:</b> marque los momentos del día: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche			
Comentarios/Información adicional: (Explique brevemente las respuestas señaladas con N/C)						

HIGIENE	1 Mayormente independiente	2 Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	N/C No corresponde
1. Abre la canilla y regula la temperatura del agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se lava y seca las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se lava y seca el rostro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se baña en una bañera por su cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se baña en una ducha por su cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se lava el cabello con champú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se seca por su cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usa desodorante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>HIGIENE</b>	<b>1</b> Mayormente independiente	<b>2</b> Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	<b>3</b> Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	<b>4</b> Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	<b>5</b> Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	<b>N/C</b> No corresponde
9. Se peina y cepilla el cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Coloca dentífrico en el cepillo de dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se cepilla los dientes por su cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se sopla y limpia la nariz con un pañuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se afeita según lo necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios/Información adicional: (Explique brevemente las respuestas señaladas con N/C)						

<b>VESTIMENTA</b>	<b>1</b> Mayormente independiente	<b>2</b> Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	<b>3</b> Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	<b>4</b> Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	<b>5</b> Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	<b>N/C</b> No corresponde
1. Se desviste por su cuenta (correctamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puede abrochar botones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Puede ponerse ropa con broches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puede subir y bajar cierres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puede abrochar una hebilla (p. ej., de un cinturón).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Abrocha su propio sostén	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se ata los zapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se viste completamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se cambia la ropa con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Elige ropa de temporada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se quita medias, sombrero y mitones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios/Información adicional: (Explique brevemente las respuestas señaladas con N/C)						

**SECCIÓN II: Comunicaciones y conductas sociales**

Recuerde calificar el desempeño promedio del niño **en el hogar, en la escuela y en la comunidad** en los **últimos 6 meses**. En los cuadros de comentarios, puede brindar información adicional como, por ejemplo, la intensidad, los factores desencadenantes y si el desempeño actual del niño ha mejorado o empeorado en comparación con las capacidades anteriores.

<b>HABILIDADES DE COMUNICACIÓN</b>	<b>1</b> Casi nunca (menos de 10% del tiempo)	<b>2</b> Con poca frecuencia (menos de 25% del tiempo)	<b>3</b> Algunas veces (aprox. 50% del tiempo)	<b>4</b> Con frecuencia (más de 75% del tiempo)	<b>5</b> Siempre o casi siempre (90% o más del tiempo)
1. Responde adecuadamente por "sí" o "no".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sigue indicaciones simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sigue indicaciones complejas o de varios pasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comunica necesidades y deseos básicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RESPUESTAS POR SÍ O NO:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Comentar al lado de cada respuesta:</b>		
5. Se comunica mediante gestos (p. ej., señala)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Usa lenguaje de señas para comunicarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Comprende gestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Comprende señas o lenguaje de señas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Responde o usa el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿El niño usa dispositivos de ayuda para comunicarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>CONDUCTAS SOCIALES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>COMENTARIOS</b>		
¿El niño disfruta de algún pasatiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede hacer amigos en forma independiente y mantener las relaciones de amistad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede mantener una conversación coherente con compañeros de la misma edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño demuestra interés en pasar tiempo con compañeros de edades similares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño sabe mantener secretos y es prudente al compartir información personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede demostrar empatía y preocupación por los sentimientos de sus amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede expresarse cuando es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede manejar enojos y frustraciones de manera adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



OTRAS ÁREAS FUNCIONALES	SÍ	NO	COMENTARIOS
1. El niño puede identificar preferencias (comida, programas de TV, juegos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. El niño puede planificar y anticipar eventos futuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. El niño sabe pedir ayuda cuando la necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. El niño puede sacar la basura y colocarla en el contenedor adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. El niño puede señalar un objeto favorito o interesante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. El niño tiene pasatiempos de interés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. El niño puede planificar algo y llevarlo a cabo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. El niño puede realizar tareas simples correctamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. El niño es capaz de limpiar su propio cuarto (guardar objetos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. El niño busca a sus pares para jugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. El niño puede decir la hora en un reloj digital o analógico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. El niño está atrasado en 3 o más niveles de grado en 2 materias académicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. El niño puede indicar la dirección de su vivienda principal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. El niño puede identificar objetos en imágenes, ya sea al señalar o nombrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. El niño puede contar del 1 al 10 sin equivocarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. El niño puede unir 3 formas o 3 colores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. El niño puede identificar al menos 7 colores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. El niño sabe hacer uso del tiempo para seguir un cronograma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentarios adicionales:			

ENTENDIMIENTO DE LA COMUNIDAD	SÍ	NO	COMENTARIOS
1. ¿En qué actividades comunitarias participa el niño?			
2. ¿El niño tiene una conducta apropiada durante estas actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿El niño es consciente de los peligros comunes en el hogar, como escaleras, líquidos de limpieza, calentadores, hornos y chimeneas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿El niño demuestra ser consciente de los peligros en la comunidad como el tránsito o la excesiva amabilidad con extraños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿El niño puede realizar compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿El niño puede usar el transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿El niño sabe decir la hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8a. ¿El niño puede tomar medicamentos recetados por su cuenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8b. Describa el método de administración de los medicamentos:			
9. ¿Esta persona puede quedarse sola/sin supervisión durante un tiempo determinado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Describa qué tipo de ayuda necesita el niño con respecto al dinero (pagar cuentas, manejar un presupuesto, etc.).			
Comentarios:			

**SECCIÓN III: Factores médicos y conductuales**

Recuerde calificar el desempeño promedio del niño **en su hogar** en los últimos **6 meses**. En los cuadros de comentarios, puede brindar información adicional como, por ejemplo, la intensidad, los factores desencadenantes y si el desempeño actual del niño ha mejorado o empeorado en comparación con las capacidades anteriores.

En el caso de las afecciones que suponen un riesgo médico, solo indique "sí" si el niño presentó síntomas en los últimos 6 meses, independientemente de la fecha de los diagnósticos. Si el niño tiene antecedentes de la afección/del tratamiento en el pasado pero no en la actualidad, marque "no" y agregue información de los antecedentes en los casilleros de comentarios.

En la sección de Antecedentes de traumas y riesgos, indique "sí" si el niño **alguna vez** sufrió una de las situaciones enumeradas. Si el niño sufrió otro tipo de situación traumática, indíquelo en el casillero correspondiente a los comentarios.

AFECCIONES QUE SUPONEN UN RIESGO MÉDICO	SÍ	NO	COMENTARIOS
1. Alergias (a medicamentos, alimentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Asma (inhaladores, nebulizadores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Respiratorias (oxígeno, traqueotomía, CPAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Gastrointestinales (problemas de alimentación/eliminación; reflujo severo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Utiliza bolsa de colostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Tiene riesgo de sufrir aspiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Usa un tubo de alimentación (tubo G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Tose o se ahoga al comer o beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Otra persona debe colocarle los alimentos o líquidos en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Necesita una alimentación alterada mecánicamente (espesada, cortada o hecha puré).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Necesita una alimentación indicada por un médico (limitada en grasas, sodio o colesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Busca ingerir alimentos o líquidos permanentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Tiene riesgo de sufrir deshidratación o suele rechazar la ingesta de líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Estreñimiento: suele necesitar supositorios o enemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Requiere un catéter/diálisis (enfermedad urinaria/renal, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16a. ¿El niño sufre de epilepsia o convulsiones? En caso afirmativo, indique el tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16b. ¿El niño recibe medicamentos recetados para tratar las convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16c. Fecha de la última convulsión, tipo de convulsiones, frecuencia:			

17a. ¿Tiene diabetes? En caso afirmativo, indique el tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17b. ¿El menor es insulino dependiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. ¿El niño recibe cuidados de enfermería especializada en el hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Otras enfermedades que requieran asistencia: INDIQUE EN LOS COMENTARIOS A CONTINUACIÓN. Comentarios:			

RIESGOS CONDUCTUALES	SÍ	NO	COMENTARIOS
<b>Conducta (hacia sí mismo)</b>			<b>Incluya frecuencia y factores desencadenantes</b>
1. Se muerde o se pega con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Se sacude o golpea la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Se inserta objetos dañinos en orificios del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Se hurga o rasca fuertemente la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Padece pica (ingesta de sustancias no comestibles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Conducta (hacia otras personas)</b>			<b>Incluya frecuencia, factores desencadenantes y con quiénes manifiesta la conducta (p. ej., padres, hermanos, maestros, extraños)</b>
7. Les pega a otras personas, las patea o las muerde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Hace amenazas directas de violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Tiene arrebatos de ira o agresividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Desafía fuertemente/rechaza permanentemente o no cumple indicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>OTRAS CONDUCTAS</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>En caso afirmativo, describa qué tratamientos o servicios recibe el niño, si los hay</b>
11. Consumo de sustancias tóxicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Participación en hecho legal/criminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Conducta sexual problemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Sale corriendo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Deambula con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Conductas inusuales de trepar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Provoca daños a propiedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Suele prender fuego cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>SITUACIONES TRAUMÁTICAS Y RIESGOSAS</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Comentarios</b>
1. Antecedentes de abuso físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Antecedentes de abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Antecedentes de hostigamiento (bullying)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Antecedentes de pérdidas graves, como la muerte de un hermano o de uno de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Antecedentes de haber sido apartado del hogar por abuso o negligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Problemas de salud mental</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>En caso afirmativo, describa qué tratamientos o servicios recibe el niño, si los hay</b>
6. Depresión (desesperanza, tristeza, cambios de humor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Ansiedad (preocupación excesiva, ataques de pánico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Cambios muy repentinos de humor y/o irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Tics, trastornos del movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Ve o escucha cosas que no son reales; paranoia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentarios:			

**SECCIÓN IV: NECESIDADES DE SUPERVISIÓN Y USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS**

Recuerde calificar el desempeño promedio del niño o el uso de equipos adaptativos en los **últimos 6 meses**. Puede incluir cualquier información adicional en las casillas de comentarios. Por ejemplo, si las capacidades actuales del niño o su necesidad de usar equipos adaptativos han mejorado o empeorado en comparación con sus aptitudes pasadas.

NECESIDADES DE SUPERVISIÓN EN EL HOGAR	SÍ	NO
1. Requiere supervisión acorde a su edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Requiere supervisión atenta de 24 horas (día y noche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Requiere supervisión atenta durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Asistencia o supervisión diaria en el lugar, horas limitadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puede identificar una emergencia y conseguir ayuda para sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Requiere asistencia para salir del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESIDADES DE SUPERVISIÓN EN LA COMUNIDAD	SÍ	NO
1. Requiere supervisión acorde a su edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Requiere supervisión atenta de 24 horas (día y noche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Requiere supervisión atenta durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puede quedarse solo en lugares específicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Viaja de manera independiente dentro de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es vulnerable a la explotación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS	MARCAR SI USA			Comentarios	
Silla de ruedas (puede elegir más de una opción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Con motor	<input type="checkbox"/> Se impulsa por su cuenta	<input type="checkbox"/> Requiere asistencia
Casco	<input type="checkbox"/>				
Anteojos	<input type="checkbox"/>				
Andador/muletas/bastón	<input type="checkbox"/>				
Utensilios modificados para comer	<input type="checkbox"/>				
Sistema de respuesta personal en caso de emergencia (PERS)	<input type="checkbox"/>				
Zapatos correctores/aparatos ortopédicos	<input type="checkbox"/>				
Audífonos	<input type="checkbox"/>				
Dispositivo de comunicación aumentativa	<input type="checkbox"/>				

USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS	MARCAR SI USA	Comentarios
Otro: Describa	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentarios:		

MODIFICACIONES EN EL ENTORNO	MARCAR SI USA	Comentarios
Vehículo modificado para silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	
Instalaciones sanitarias accesibles	<input type="checkbox"/>	
Rampa	<input type="checkbox"/>	
Elevadores: porche, Hoyer, escalera	<input type="checkbox"/>	
Otro: Describa	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentarios:		

## La discriminación es ilegal

PerformCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. PerformCare no excluye ni trata a las personas de modo distinto debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PerformCare reduce las barreras idiomáticas para acceder a servicios a través de New Jersey Children's System of Care al brindar lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, como los siguientes:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
  - Dispositivos de telecomunicación como el Dispositivo para Sordos (TDD) y los sistemas de Teléfono de Texto (TTY) para permitir a las personas sordas, con problemas de audición o con impedimentos en el habla utilizar el teléfono para comunicarse.
- Servicios de idioma (sin costo) para personas con un idioma principal que no es el inglés, por ejemplo:
  - Servicios de intérprete calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con PerformCare al **1-877-652-7624** o [TTY (para personas con impedimentos auditivos) al **1-866-896-6975**]. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Servicios de interpretación en varios idiomas

## Atención Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Spanish:** Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Portuguese:** Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975).

**Haitian Creole:** Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Chinese Mandarin:** 注意: 如果您说中文普通话/国语, 我们可为您提供免费语言援助服务。请致电: 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

**Bengali:** লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৭৭-৬৫২-৭৬২৪ (TTY 1-866-896-6975)।

**French:** Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Si considera que PerformCare no brindó estos servicios o discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo o por teléfono, ya sea por teléfono al Departamento de Calidad de PerformCare al **1-877-652-7624** o mediante una carta a esta dirección:

PerformCare  
Attn: Quality Department  
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de PerformCare está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de manera electrónica a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

**1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Vietnamese:** Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

**Chinese Cantonese:** 注意: 如果您使用粵語, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

**Polish:** Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Urdu:**

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)۔

**Turkish:** Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

**Russian:** Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).