

Solicitud para los servicios del campamento de verano del CSOC 2021

Parte A: Apoyo financiero para la matrícula del campamento de verano

Se debe determinar la elegibilidad de su hijo para recibir los servicios que presta el Sistema de cuidado de niños de New Jersey (CSOC) en caso de discapacidad intelectual/del desarrollo. Asimismo, tiene que estar registrado en un campamento calificado. Si usted no sabe 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 nuestra página de Internet www.performcarenj.org/SummerCamp.

Instrucciones

- 1.) Seleccione un campamento calificado de la lista aprobada del CSOC que está disponible en: www.performcarenj.org/SummerCamp.
- 2.) Si el campamento calificado determina que su hijo requiere la ayuda de una **asistencia personal /asesor** para asistir al campamento, **debe completar la Parte B de esta solicitud**. Antes de enviar la solicitud, comuníquese con la agencia proveedora de servicios de asistencia personal para asegurarse que la agencia que seleccionó cuente con el personal necesario según su solicitud. La lista de proveedores aprobados por el CSOC se puede encontrar en: www.performcarenj.org/SummerCamp.
- 3.) Envíe por correo la solicitud **completa** junto con una **copia de la carta de registración o aceptación** del campamento calificado a: **PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**. Su solicitud **debe estar completa y tener el sello postal** o haber sido recibida **a más tardar el 31 de mayo del 2021** para ser considerada para el servicio de apoyo financiero. No se aceptarán solicitudes después de la fecha límite que es 31 de mayo. Las notificaciones con las actualizaciones de la solicitud se enviarán por correo después del 31 de mayo de 2021.

Tenga en cuenta: **El pago se efectuará al campamento calificado al que asiste el joven después que el campamento haya culminado sus servicios.**

Información del niño				
Nombre del niño	Apellido del niño	Fecha de nacimiento	Código postal	
N.º de ID CYBER del niño				
Información del padre/tutor legal				
Nombre del padre/tutor legal		Apellido del padre/tutor legal		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Número de teléfono	Correo electrónico			

Información del campamento calificado: adjunte la confirmación de registro del campamento a esta solicitud.

Nombre de campamento calificado

ID del campamento (La información se encuentra en la lista de proveedores de campamentos calificados en nuestro sitio de Internet)

Dirección del campamento

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del campamento

Correo electrónico del campamento

Tipo de campamento:

Campamento durante la noche (seleccione hasta 6 días solo para el reembolso):

Nombre del campamento:

Fechas:

<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<i>(no debe exceder 6 noches)</i>
----------------------	----	----------------------	-----------------------------------

Fecha de inicio
mm/dd/aa

Fecha de finalización
mm/dd/aa

Campamento de día (seleccione hasta 10 días solo para reembolso):

PRIMERA SEMANA

Nombre del campamento:

Fechas:

<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<i>(no debe exceder los 5 días)</i>
----------------------	----	----------------------	-------------------------------------

mm/dd/aa

mm/dd/aa

SEGUNDA SEMANA

Nombre del campamento:

Fechas:

<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<i>(no debe exceder los 5 días)</i>
----------------------	----	----------------------	-------------------------------------

mm/dd/aa

mm/dd/aa

Fechas no consecutivas para el campamento: (Si el joven no asiste a 2 semanas completas, ingrese las fechas individuales)

Nombre del campamento:

Fechas:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

mm/dd/aa

mm/dd/aa

mm/dd/aa

mm/dd/aa

mm/dd/aa

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 financiero para la matrícula del campamento de verano, he registrado plenamente a mi hijo en el campamento calificado indicado. Además declaro que la información ingresada en esta solicitud es verídica y actual.

Nombre del padre/tutor legal

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Solicitud para los servicios del campamento de verano del CSOC 2021

Parte B: Solicitud para servicios de asistencia individual para campamento de verano 2021

Si el campamento ha determinado que su hijo requiere de una asistencia personal/un asesor para asistir al campamento, usted **debe completar** esta sección de la solicitud. Usted junto al proveedor del campamento deben completar el cuestionario de adaptación de comportamiento del niño (CABS) en las páginas siguientes para solicitar los servicios de asistencia personal. El campamento debe conservar una copia de este formulario CABS.

Además, se debe proporcionar una copia del cuestionario CABS a la Agencia proveedora de servicios de asistencia personal ya que ofrece una imagen general del impacto de la discapacidad en la vida diaria del niño y del cuidador y ayuda a garantizar la asistencia personal que "mejor se adapte" a su hijo. Consulte también la lista de proveedores de asistencia personal calificada disponible en el sitio de Internet de PerformCare para completar la solicitud: <http://www.performcarenj.org/SummerCamp>.

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

Información sobre asistencia personal: Solo para campamento de día

Información del niño

--	--	--

Nombre del niño **Apellido del niño** **Fecha de nacimiento**

--	--

N.º de ID CYBER del niño

Información del proveedor de asistencia personal

--	--

Nombre de la agencia proveedora de servicios de asistencia personal **ID del proveedor** (Se encuentra en la lista de proveedores de asistencia personal en nuestro sitio de Internet)

--	--	--	--

Dirección de la agencia proveedora de servicios de asistencia personal **Ciudad** **Estado** **Código postal**

--	--	--

Persona de contacto de la agencia **Número de teléfono** **Correo electrónico**

Certificación **Su solicitud debe estar completa para que se pueda procesar.**

Por la presente, certifico que he registrado completamente a mi hijo en el campamento indicado y he confirmado con la agencia proveedora de servicios sobre la asistencia personal para las necesidades de mi hijo y que pueden ser cumplidas a través de esta agencia. Además declaro que de acuerdo a mis conocimientos la información ingresada en esta solicitud es verídica y actual.

--	--	--

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

Envíe la solicitud por correo a: **PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**. Para que esta solicitud sea tomada en cuenta para los servicios de asistencia personal **debe estar completa y tener el sello postal** o debe haber sido recibida **a más tardar el 31 de mayo de 2021**. Las notificaciones con actualizaciones de la solicitud se enviarán por correo después del 31 de mayo de 2021. No se aceptarán solicitudes después de la fecha límite del 31 de mayo de 2021. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PerformCare al **1-877-652-7624**.

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

RESUMEN DEL COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO DEL NIÑO (CABS): SECCIÓN DE SOLICITUD

Nombre del niño:

Edad actual:

Primer nombre

Inicial del segundo
nombre Apellido

ABS completado por:

Fecha en que se completó:

Relación:

Teléfono:

SECCIÓN I - ACTIVIDADES COTIDIANAS

Recuerde calificar el comportamiento promedio del niño **en su hogar** en los últimos **6 meses**. Puede incluir toda información adicional en los casilleros de comentarios, tales como la intensidad, los factores desencadenantes y si el comportamiento actual del niño ha mejorado o empeorado en comparación con las habilidades pasadas.

ALIMENTACIÓN	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas 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	No aplicable (N/A)
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 sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se alimenta con un tenedor sin ayuda.	<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 como N/A)

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator – PerformCare®

USO DEL BAÑO	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas 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	No aplicable (N/A)
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 sin ayuda.	<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 su período menstrual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiene incontinencia de orina durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tiene incontinencia de orina durante la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene incontinencia intestinal durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tiene incontinencia intestinal 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	SI RESPONDE QUE SÍ: Marque el o los momentos del día.		<input type="checkbox"/> Día	<input type="checkbox"/> Noche
Comentarios/Información adicional: (Describa brevemente las respuestas señaladas como N/A)						
HIGIENE	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas 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	No aplicable (N/A)
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 tina sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se baña en una ducha sin ayuda.	<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"/>

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator – PerformCare®

7. Se seca sin ayuda.	<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"/>
HIGIENE	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas 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	No aplicable (N/A)
9. Se peina sin ayuda.	<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 sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se suena 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 necesite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios/Información adicional: (Describa brevemente las respuestas señaladas como N/A)						
MOMENTO DE VESTIRSE	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas 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	No aplicable (N/A)
1. Se desviste sin ayuda (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 de presión.	<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. Sabe abrochar una hebilla (p. ej., la 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 cordones de los zapatos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se viste completamente sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se cambia la ropa regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Elige la ropa según la estación del año.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se quita calcetines, sombrero y mitones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios/Información adicional:						

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator – PerformCare®

(Describa brevemente las respuestas señaladas como N/A)

SECCIÓN II - COMUNICACIÓN Y COMPORTAMIENTO SOCIAL

Recuerde calificar el comportamiento promedio del niño **en el hogar, en la escuela y en la comunidad** en los últimos 6 meses. Puede indicar en los cuadros de comentarios toda información adicional, como la intensidad, los factores desencadenantes y si el funcionamiento actual del niño ha mejorado o empeorado en comparación con las habilidades pasadas.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	1 Casi nunca (menos de 10% del tiempo)	2 Infrecuentemente (menos de 25% del tiempo)	3 Algunas veces (alrededor de 50% del tiempo)	4 Frecuentemente (menos de 75% del tiempo)	5 Siempre o casi siempre (90% o más del tiempo)
1. Responde adecuadamente a preguntas 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"/>
RESPUESTAS POR SÍ O NO:	SÍ	No	Comentar al lado de cada respuesta:		
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. Usa el teléfono para hacer y responder llamadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Emplea el niño dispositivos de ayuda para comunicarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
COMPORTAMIENTO SOCIAL	SÍ	No	Comentarios		
¿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"/>			

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator – PerformCare®

El niño puede expresarse cuando lo necesita.	<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 planear y esperar 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 planear algo y llevarlo a cabo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. El niño puede realizar con éxito tareas simples.	<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 comunicar la dirección de su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. El niño puede identificar objetos en imágenes, ya sea señalando o nombrándolos.	<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 horario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Comentarios adicionales:

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator – PerformCare®

DESENVOLVIMIENTO EN LA COMUNIDAD	Sí	No	Comentarios
1. ¿En qué actividades comunitarias participa el niño?			
2. ¿El niño tiene un comportamiento apropiado durante estas actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿El niño es consciente de los peligros comunes en el hogar tales 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 tales como el tránsito o la excesiva amabilidad con extraños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿El niño puede hacer 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 ingerir medicamentos recetados solo?	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Describa qué tipo de ayuda necesita el niño en lo referente al dinero (pagar cuentas, presupuesto, etc.).			
Comentarios:			

SECCIÓN III - FACTORES MÉDICOS Y CONDUCTUALES

Recuerde calificar el desempeño promedio del niño en el hogar en los últimos 6 meses. Puede indicar en los cuadros de comentarios toda información adicional como, por ejemplo, la intensidad, los factores desencadenantes y si el desempeño actual del niño han mejorado o empeorado en comparación con el desempeño en el pasado.

En el caso de las afecciones que suponen un riesgo médico, solo indique “sí” si el niño ha presentado 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”, pero incluya 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 vivió una de las experiencias 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 o 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/líquidos en la boca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Necesita una dieta alterada mecánicamente (<i>espesada, cortada o hecha puré</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Necesita una dieta recetada por un médico (<i>limitada en grasas, sodio o colesterol</i>).	<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/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? Si responde afirmativamente, escriba 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. ¿El niño padece diabetes? Si responde afirmativamente, escriba el tipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17b ¿El niño es insulino dependiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator – PerformCare®

18. ¿El niño recibe cuidados de enfermería especializados en el hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Otras enfermedades que requieran asistencia: <i>ENUMERE A CONTINUACIÓN.</i>			

Comentarios:

RIESGOS CONDUCTUALES Conducta (hacia sí mismo)	Sí	No	Comentarios Incluya frecuencia y factores desencadenantes
1. Se muerde o se pega gravemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Se golpea la cabeza contra objetos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Se inserta objetos dañinos en orificios del cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Se lastima o se rasca intensamente la piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Padece pica (ingesta de sustancias no comestibles).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Otras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conducta (hacia otras personas)	Sí	No	Incluya frecuencia, factores desencadenantes y con quiénes manifiesta la conducta (p. ej., padres, hermanos, maestros, extraños).
7. Les pega a otras personas, las pateo o las muerde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Profiere amenazas directas de violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Tiene arrebatos de ira/agresividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Desafía con vehemencia/rechaza permanentemente o incumple las indicaciones dadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras conductas	Sí	No	Si responde "sí", describa qué tratamientos/servicios recibe el niño, si los hubiera.
10. Consume drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator – PerformCare®

11. Está involucrado en un hecho de índole legal/criminal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Tiene un comportamiento sexual problemático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Sale corriendo impulsivamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Deambula con frecuencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Tiene la costumbre inusual de trepar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Provoca daños a la propiedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Suele prender fuego a las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Otras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SITUACIONES TRAUMÁTICAS Y RIESGOSAS	Sí	No	Comentarios
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 acoso (bullying).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Antecedentes de pérdidas graves, como el fallecimiento de un hermano o uno de los padres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Antecedentes de haber sido apartado del hogar por ser víctima de abuso o negligencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de salud mental	Sí	No	Si responde "Sí", describa qué tratamientos/servicios recibe el niño, si los hubiera.
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 de la motricidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Ver o escuchar cosas que no son reales; paranoia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentarios:			

SECCIÓN IV - NECESIDADES DE SUPERVISIÓN Y USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS

Recuerde puntuar el desempeño promedio del niño o el uso de equipos adaptativos en los **últimos 6 meses**. Puede incluir toda información adicional en los casilleros de comentarios. Por ejemplo, si las aptitudes 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	Necesidades de supervisión en la comunidad	Sí	No
1. Requiere supervisión acorde a su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Requiere supervisión acorde a su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Requiere supervisión de 24 horas en vigilia (día y noche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Requiere supervisión de 24 horas en vigilia (día y noche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Requiere supervisión estrecha durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Requiere supervisión estrecha durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apoyo/Supervisión diaria en el lugar, horas limitadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Puede ser dejado solo en lugares específicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puede identificar una emergencia y conseguir ayuda para sí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Viaja en forma independiente dentro de la comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Requiere asistencia para salir de su hogar.	<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 <i>(puede elegir más de una opción)</i>	<input type="checkbox"/>	Manual <input type="checkbox"/>	Eléctrica <input type="checkbox"/>	Se impulsa solo <input type="checkbox"/>	Requiere asistencia <input type="checkbox"/>
Casco	<input type="checkbox"/>				
Lentes	<input type="checkbox"/>				
Andador/Muletas/Bastón	<input type="checkbox"/>				
Cubiertos modificados	<input type="checkbox"/>				
Sistema de respuesta personal en caso de emergencia (PERS)	<input type="checkbox"/>				
Zapatos correctores/Aparatos ortopédicos	<input type="checkbox"/>				
Audífono	<input type="checkbox"/>				
Dispositivo de comunicación aumentativa	<input type="checkbox"/>				

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator – PerformCare®

USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS	MARCAR SI USA	Comentarios
Otros: 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, vestíbulo, escalera	<input type="checkbox"/>	
Otras: describa.	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentarios:		

La discriminación está en contra de la ley

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

PerformCare reduce las barreras del idioma para acceder a los servicios a través del Sistema de Cuidado de Niños de New Jersey al:

- Proporcionar a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos, tales como:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
 - Dispositivos de telecomunicaciones tales como Dispositivo para sordos (TDD) y Sistemas de teléfono de texto (TTY) para permitir a las personas sordas, con problemas de audición o impedimentos del habla a usar el teléfono para comunicarse.
- Proporcionar servicios de idioma sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Servicios de intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita de estos servicios, póngase en contacto 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 7 días de la semana.

Si cree que PerformCare no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo postal o por teléfono, llamando al departamento de Calidad de PerformCare al **1-877-652-7624** o por escrito a:

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

Si necesita ayuda para presentar una queja, el departamento de Calidad de PerformCare está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

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 quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de intérpretes multilingües

Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 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).

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).