

# **Iniciativa El Dinero Sigue a la Persona en Illinois**



## **Formulario Para Remisión o Referencia Personal**

Si está interesado en obtener información sobre este programa para usted u otro individuo, por favor complete este formulario y un representante del programa se comunicará con usted. La elegibilidad y participación en el programa será determinada después de la reunión personal inicial. Este formulario para la remisión es solamente el paso inicial del proceso.

- ¿Es esta remisión para usted?  SI  NO (Si contestó sí, por favor vaya a la Sección B)
- ¿Es esta remisión para otra persona?  SI  NO (Si contestó sí, por favor complete las Secciones A y B)
- ¿Es esta una remisión MDS 3.0 de la Sección Q?  SI  NO

### **Sección A (Debe completarse si refiere a otra persona)**

Su nombre: \_\_\_\_\_

Su Organización: \_\_\_\_\_

Su Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Su Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Su Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el parentesco de usted con el individuo que está refiriendo a este programa?

- Tutor o Representante Legal  institución o Asilo o Personal de ICF / DD
- Miembro de la Familia o Amigo  Otro

Si es otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

Información Sobre Parentesco Adicional: \_\_\_\_\_

¿Sabe la persona que usted está haciendo esta remisión o referencia por esta persona?  SI  NO

Si usted está refiriendo a otra persona, al completar este formulario usted está de acuerdo que un representante de una de las agencias de estado que participa en el programa se comunique con usted.

## Sección B (Esta sección debe ser completada para todas las remisiones)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Residencia (Nombre de la institución de asilo o ICF / DD): \_\_\_\_\_

Cuál de lo siguiente describe mejor al individuo que está refiriendo (por favor marque lo que aplica):

- Individuo mayor de 60 años de edad
- Individuo con discapacidades físicas
- Individuo con enfermedad mental seria
- Individuo con discapacidad intelectual o del desarrollo

Cuál de lo siguiente aplica al individuo que está refiriendo (por favor marque todo lo que aplica):

- Actualmente recibe Medicaid o es elegible para Medicaid.
- Interesado en mudarse a la comunidad.
- Actualmente reside en una institución o asilo o ICF / DD.

El individuo que se refiere, ¿cuánto tiempo reside o vive en una institución o asilo o ICF / DD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Para más información, por favor vaya a nuestro sitio por Internet en: [www.MFP.Illinois.Gov](http://www.MFP.Illinois.Gov)**

**Dirección Postal: 201 S. Grand Ave. E, Bureau of Long Term Care, MFP, Springfield, Illinois 62703**