

Programa de apoyo familiar (FSP, por sus siglas en inglés)

Paquete de solicitud de autorización para continuar inscrito en el programa

**Agosto de 2019**



**Proceso de presentación de la solicitud para continuar inscrito en el Programa de apoyo familiar (FSP)**

El Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias (HFS, por sus siglas en inglés), el organismo del estado responsable del FSP, ha designado a eQHealth Solutions, Inc. (eQHealth) para prestar apoyo administrativo y clínico al FSP, que incluye la revisión de

las solicitudes para continuar inscrito en el FSP.

El paquete de solicitud de autorización para continuar inscrito en el FSP se considerará completa cuando toda la documentación incluida en la Lista de control de la solicitud de autorización para continuar inscrito en el FSP haya sido reunida y enviada a eQHealth para su revisión. Esto incluye una firma de la(del) joven o del tutor legal de la(del) joven, cuando proceda, en la Sección 6, Solicitud para determinación de continuación de la elegibilidad, que

dé fe de que la(el) joven o el tutor legal revisó todo el paquete y consiente el envío del paquete al HFS a través de su representante, eQHealth, con el objetivo de determinar continuación de la elegibilidad para el Programa de apoyo familiar.

Las solicitudes para continuar inscrito en el FSP solo pueden enviarse a eQHealth durante los últimos 30 días del período de elegibilidad para el FSP de 180 días para una(un) joven participante en el FSP.

Las solicitudes completadas para el FSP pueden ser presentadas por la(el) joven, el tutor de la(del) joven (cuando proceda) o el coordinador del FSP de la (del) joven en la agencia de Servicios de Detección, Evaluación y Apoyo (SASS, por sus siglas en inglés) designada.

Los paquetes de solicitud para continuar inscrito en el FSP pueden enviarse a eQHealth de cualquiera de las maneras siguientes:

1. Enviando la solicitud por fax al (800) 418-4039 usando la línea de asunto “FSP Application for Review” (Solicitud para el FSP para revisión); o,
2. Enviando la solicitud por correo postal a la dirección siguiente:

eQHealth Solutions, Inc.

Attn: FSP Technical Coordinator 2050-10 South Finley Road Lombard, IL 60148



**Lista de control de la solicitud de autorización para continuar inscrito en el FSP**

1. Formulario de solicitud de autorización para continuar inscrito en el FSP completado, que incluya cada una de las partes siguientes:

Sección 1, Información general (p. 4)

Sección 2, Información financiera de la familia (p. 5), incluido lo siguiente, si procede:

* + Copia de las declaraciones de impuestos del tutor legal correspondientes al último año calendario, si se presentaron.
  + Copia de las declaraciones de impuestos de la(del) joven correspondientes al último año calendario, si se presentaron.

Sección 3, Historial de tratamiento de salud conductual de la(del) joven, que abarque los últimos 6 meses de servicios de salud conductual recibidos por la(el) joven (p. 6)

Sección 4, Nota sobre la evolución (p. 7)

Sección 5, Reconocimiento de las responsabilidades de padres o tutores del FSP (p. 8)

* + Esta sección solo se requiere si la(el) joven tiene un tutor legal.

Sección 6, Solicitud para determinación de continuación de la elegibilidad (p. 9), que incluye:

* + Firma del padre, la madre/tutor legal de la(del) joven confirmando que revisó la aplicación para constatar que la información proporcionada fuera exacta y completa; y,
  + Firma del coordinador del FSP de la(del) joven si el coordinador del FSP está presentando la solicitud.

1. Para jóvenes de 18 a 21 años de edad: un formulario de Certificación de inscripción y asistencia a la escuela completado (p. 11)
2. Copia del Plan de evaluación y tratamiento individual actual de la(del) joven, actualizado dentro de los 45 días previos al envío del paquete de revisión para continuar inscrito en el programa.
3. Si se produjo algún cambio en la custodia o la tutela desde la última revisión de la elegibilidad para el FSP: orden judicial definiendo la custodia y/o la tutela de personas que no son los padres.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CONTINUAR INSCRITO EN EL FSP** | | | | | | |
| **1. Información general** | | | | | | |
| **Nombre de la(del) joven** | | **N.° de identificación del beneficiario** N/A | | | **Fecha de nacimiento** | |
| **Género** | **Idioma principal** | **Número de teléfono** N/A | **Ciudadana(o) estadounidense**  Sí No | | **Cantidad de personas que viven en el hogar** | |
| **Domicilio de la(del) joven** | | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** | **Condado** | |
| Indígena americana(o) Nativa(o) de Hawái/Otra(o) Multirracial  o nativa(o) de Alaska isleña(o) del Pacífico Otra:  **Raza** Asiática(o) Hispana(o)  Negra(o)/afroamericana(o) Blanca(o) | | | | | | **Etnia**  Hispana(o) No hispana(o) |
| **Servicios de** Ninguno TDD/TTY Lengua de señas americana  **intérprete** Lenguaje hablado: Otro: | | | **Situación** Es su propio tutor  **de la tutela** Padre/madre Tutor legal | | | |
| **Nombre Relación con la(el) joven: Número de teléfono**  **Información** Padre/madre Tutor(a)  **de los padres/**  **tutores Dirección Ciudad Estado Código postal Condado** | | | | | | |
| **Nombre Relación con la(el) menor de edad: Número de teléfono**  **Información** Padre/madre Tutor(a)  **de los padres/**  **tutores Dirección Ciudad Estado Código postal Condado** | | | | | | |
| Persona sin hogar Entorno residencial/institucional  Vida independiente (centro de tratamiento residencial, asilo)  **Situación de** Vive con sus padres, parientes o tutores Cuidados de crianza  **vivienda** Instalación gestionada por el estado Otra: (salud mental/discapacidad del desarrollo)  Cárcel o centro correccional | | | | | | |
| Nunca asistió a la escuela 2.° grado 5.° grado 8.° grado 11.° grado  **Nivel educativo** Preescolar/Kindergarten 3.° grado 6.° grado 9.° grado Certificado de (último que se 1.° grado 4.° grado 7.° grado 10.° grado preparatoria completó) Certificado GED  (Desarrollo Educativo  General) | | | | | | |
| **Nombre de la escuela Nombre del contacto principal Rol del contacto principal Número de teléfono**  **Información de**  **la escuela Número principal Dirección de la escuela Ciudad Código postal**  (opcional) **de la escuela** | | | | | | |
| **Nombre de la agencia Nombre del coordinador del FSP Teléfono del coordinador del FSP**  **Información del proveedor**  **de escuela Dirección de la agencia Ciudad Código postal Condado** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Información financiera de la familia** | | | | | | | | | | | | | | |
| Complete toda esta sección de la mejor manera posible. De ser necesario, adjunte páginas adicionales a este paquete de solicitud. | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cobertura de seguro de la(del) joven** (indique todos los tipos de seguro, incluida la cobertura de Medicaid/All Kids cuando proceda) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la(s) compañía(s) de seguros** | |  |  |  | **Número(s) de póliza** | | | |  |  |  |  |  |  |
| **Costos de prima: $** Semanal Quincenal Dos veces al mes Trimestral Anual | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Se trata de un plan de salud para jubilados?**  Sí No No lo sé | | | **¿Se trata de un plan COBRA?**  Sí No No lo sé | | | | | **¿El plan cubre al menos el 60 % de los costos de la prestación?**  Sí No No lo sé | | | | | | |
| **Haga una lista de todas las propiedades que posee el padre/la madre/el tutor o la(el) joven, tales como una casa, casa de vacaciones, multipropiedad, edificio o terreno.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del propietario** | |  |  | **Dirección** | |  |  | **Tipo** |  | **Valor actual** | | | **Monto adeudado** | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| **¿El padre/la madre/el tutor o la(el) joven posee alguno de los recursos siguientes? Marque todos los que correspondan.** | | | | | | | | | | | | | | |
| Empresa Dominio vitalicio Renta vitalicia  Parcela(s) en un cementerio | Herencia  Plan de funeral/sepelio Fondos comunes  de inversión  IRA/401K | | |  | Caja de ahorro Cuenta corriente  Certificados de depósito Acciones, bonos | | | Derechos mineros/petroleros Cuenta de mercado monetario Fondos fiduciarios  Cuenta para el hogar de ancianos | | | | | Pagaré/préstamo Compensación diferida Bonos del gobierno Hipoteca inversa | |
| Otros recursos financieros: Indique | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del propietario** | |  |  | **Tipo de recurso** | |  |  | **Valor actual** | | | **Nombre del banco, compañía, etc.** | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |
| **Ingreso familiar** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ingreso de la(del) joven en el último año calendario:** | |  | Ingreso bruto ajustado  Neto | | | **Ingreso previsto de la(del) joven para este año:** | | | | | |  | Ingreso bruto ajustado  Neto | |
| Se adjunta la última declaración de impuestos federales de la(del) joven  No se presentó ninguna declaración de impuestos federales en nombre de la(del) joven | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **Ingreso de los padres/tutores en el último año calendario:**  No corresponde – la(el) joven es su propio tutor | | | |  | Ingreso bruto ajustado  Neto | **Ingreso previsto de los padres/tutores para este año:**  No corresponde – la(el) joven es su propio tutor | | | | | | | | Ingreso bruto ajustado  Neto |
| Se adjunta la última declaración de impuestos federales de los padres/tutores No se presentó ninguna declaración de impuestos federales | | | | | | | | | | | | | | |
| **Haga una lista de todos las prestaciones sociales recibidas actualmente en nombre de la(del) joven, sin incluir asistencia médica (All Kids) o Medicare.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo** |  |  | **Fecha de vigencia** | | | **Monto de la prestación mensual** | | | | | |  | **Beneficiario** | |
| Seguro Social | | |  | | |  | | | | | |  | | |
| Seguridad de Ingreso Suplementario | | |  | | |  | | | | | |  | | |
| Asistencia estatal en efectivo (es decir, el Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas o TANF, por sus siglas en inglés) | | |  | | |  | | | | | |  | | |
| Subsidio por adopción | | |  | | |  | | | | | |  | | |
| Otra: | | |  | | |  | | | | | |  | | |
| Otra: | | |  | | |  | | | | | |  | | |
| **Resuma cómo los padres/tutores reciben ingresos anualmente.** No corresponde – la(el) joven es su propio tutor | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo** | **Monto actual** | | |  | **Destinatarios/beneficiarios** | | | |  |  |  | **Descripción** | |  |
| Empleo |  | | | |  | | | |  | | | | | |
| Inversiones |  | | | |  | | | |  | | | | | |
| Prestaciones sociales |  | | | |  | | | |  | | | | | |
| Otra: |  | | | |  | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Historial de tratamiento de salud conductual** | | | | | | | | | | | |
| En las secciones correspondientes a continuación, indique los servicios y apoyos de salud mental y abuso de sustancias que recibió la(el) joven durante los últimos 6 meses, incluidos aquellos servicios y apoyos recibidos por fuera del FSP. De ser necesario, adjunte páginas adicionales. | | | | | | | | | | | |
| **Hospitalización psiquiátrica** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del hospital** | |  | **Lugar (ciudad, estado)** | | **Fechas en que estuvo hospitalizada(o)** | | | |  | **Motivo de la hospitalización** | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
| **Tratamiento residencial/en hogar grupal** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la instalación** | |  | **Lugar (ciudad, estado)** | |  | **Fecha de tratamiento** | |  |  | **Motivo del ingreso (problema presentado)** | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
| **Servicios/apoyos de salud mental de consulta externa** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del servicio** | |  | **Nombre del proveedor** | |  | **Frecuencia del servicio** | | **Fecha de inicio del servicio** | | | **Fecha de finalización del servicio** |
|  | | |  | |  | | |  | | | El servicio continúa |
|  | | |  | |  | | |  | | | El servicio continúa |
|  | | |  | |  | | |  | | | El servicio continúa |
|  | | |  | |  | | |  | | | El servicio continúa |
|  | | |  | |  | | |  | | | El servicio continúa |
|  | | |  | |  | | |  | | | El servicio continúa |
| **Servicios/apoyos para el consumo de sustancias de consulta externa** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del servicio** | |  | **Nombre del proveedor** | |  | **Frecuencia del servicio** | | **Fecha de inicio del servicio** | | | **Fecha de finalización del servicio** |
|  | | |  | |  | | |  | | | El servicio continúa |
|  | | |  | |  | | |  | | | El servicio continúa |
| **Medicamento(s):** Haga una lista de todos los medicamentos de la(del) joven, así como de cualquier otro medicamento tomado en los últimos 6 meses. Incluya todos los medicamentos recetados y de venta libre. | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del medicamento** | **Médico que recetó el medicamento** | | | **Dosis** |  | **Fecha de inicio** | **Fecha de fin** | |  | **Efectos secundarios** | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. Nota sobre la evolución** | | | |
| Tenga en cuenta que esta página debe ser completada por la agencia SAS asignada para la (el) joven o del proveedor residencial dentro de la red del FSP donde la(el) joven está recibiendo servicios de tratamiento en este momento. El médico encargado de la revisión debe proporcionar un número de teléfono de contacto y estar disponible para las consultas telefónicas según lo solicitado por eQHealth como parte del proceso de revisión para continuar inscrito en el FPS. | | | |
| **Tipo de proveedor:** SASS Proveedor residencial del FSP | | | |
| **Miembro del personal que completa el formulario:** | | **Nombre de la agencia:** | |
| **Nombre de la(del) joven participante en el FSP:** | | **Número de identificación del beneficiario (RIN):** | |
| **Resumen de la evolución.** Identifique la evolución que ha tenido la(del) joven en el FSP desde la última revisión de la elegibilidad para el FSP de la(del) joven. | | | |
|  | | | |
| **Áreas de preocupación persistentes.** Identifique las conductas preocupantes persistentes que siguen siendo el objetivo principal del tratamiento de la(del) joven en el FSP. | | | |
|  | | | |
| **Firmas.** | | | |
|  | Número de teléfono |  | |
| Médico encargado de la revisión (nombre en letra de imprenta) | Firma | Fecha |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. Reconocimiento de las responsabilidades de padres o tutores del fsp (si procede)** | | | |
| La participación en el Programa de Apoyo Familiar exige que, cuando proceda, el padre, la madre o el tutor de la(del) joven continúe aceptando cumplir con las responsabilidades de los padres o tutores del FSP, que se describen a continuación. Para completar esta sección:   1. repase detenidamente cada responsabilidad de los padres o tutores; 2. coloque sus iniciales junto a cada requisito para indicar que ha leído y acepta cumplir las normas de participación para padres o tutores, en caso de que se determine que la(el) joven califica para seguir participando en el FSP; y 3. firme y feche este Reconocimiento en el espacio correspondiente provisto a continuación.   Nota: si la(el) joven es su propio tutor, esta sección no precisa ser completada y enviada como parte del paquete de Solicitud para continuar inscrito en el FSP. | | | |
| **Responsabilidades de padres o tutores del FSP**  Si se determina que la(el) joven que solicita los servicios califica para continuar participando en el FSP, acepto: | | | |
| Iniciales | 1. Participar activamente en el tratamiento de la(del) joven. | |  |
| Iniciales | 2. Ser la(el) principal responsable ante cualquier obligación financiera relacionada con la participación en el programa. Esto puede incluir ser responsable de los servicios que no están cubiertos por el FSP (por ejemplo, transporte, cualquier equipo necesario). | | |
| Iniciales | 3. Brindar asistencia para identificar y coordinar el financiamiento de los servicios de todas las fuentes disponibles, incluida la cobertura de seguro. | | |
| Iniciales | 4. Brindar asistencia para completar todas las solicitudes para programas de ayuda pública, lo que incluye Asistencia médica del HFS, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), prestaciones del Seguro Social (SSA), y otros programas según corresponda. | | |
| Iniciales | 5. Completar y enviar todos los formularios y documentos requeridos por el HFS. | | |
| Iniciales | 1. Trabajar con mi coordinador del FSP para notificar al HFS acerca de cualquier cambio en lo siguiente:    * los ingresos o activos financieros del padre, la madre, el tutor o la(el) joven);    * el nivel de ayuda financiera de fuentes públicas del padre, la madre, el tutor o la(el) joven);    * la cobertura de atención médica de la(el) joven;    * el domicilio del padre, la madre o el tutor; y    * la tutela o custodia legal de la(el) joven. | | |
| Iniciales | 1. En caso de que la(del) joven reciba tratamiento en un entorno de tratamiento residencial:    * notificar al HFS sobre todos los activos y las fuentes de ayuda financiera pública de la(el) joven;    * poner a disposición todas las fuentes de ayuda financiera pública para la(el) joven, que incluyen, entre otras, la SSA y el SSI, para aplicarlas a los costos del tratamiento residencial, en la medida dispuesta por la ley;    * coordinar todas las funciones, los procesos y el financiamiento educativos con el distrito escolar local de la(del) joven para garantizar el cumplimiento de los requisitos de asistencia obligatoria a la escuela a la cual asistirá de la(el) joven mientras dure el tratamiento residencial;    * participar y cooperar con los requisitos del centro de tratamiento residencial en cuanto al cuidado de la(del) joven, que incluyen e tratamiento y el alta médica a la familia y la comunidad;    * cubrir los costos habituales y acostumbrados de la paternidad o la tutela, que incluyen: ropa, gastos médicos, gastos dentales, mesada, imprevistos y costos del transporte hacia y desde el centro de tratamiento residencial; y,    * aceptar que la(el) joven regrese al hogar o hacerse responsables exclusivos de encontrar un lugar de residencia para la(el) joven después del alta médica del tratamiento residencial. | | |
| **Firma** | | | |
| Padre/madre/tutor legal (nombre en letra de imprenta) | | Firma | Fecha |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Solicitud para determinación de continuación de la elegibilidad** | | | | | |
| **Certificación del padre/la madre/el tutor legal – Al firmar a continuación, confirmo que:** | | | | | |
| ● | Leí toda la información en este paquete y, según mi leal saber y entender, toda la información incluida en este paquete es correcta. | | | | |
| ● | Entiendo que las solicitudes incompletas para continuar inscrito en el FSP no serán revisadas para la continuación de la elegibilidad para el FSP. | | | | |
| ● | Tuve la oportunidad de hacerle preguntas a mi coordinador del FSP acerca del proceso de solicitud para continuar inscrito. | | | | |
| ● | Envío este paquete y toda la documentación de respaldo requerida al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias a través de su representante, eQHealth Solutions, Inc., de modo que pueda tomar una determinación sobre la continuación de la elegibilidad para el FSP. Entiendo que puedo retirar esta solicitud en cualquier momento comunicándome con eQHealth. | | | | |
| ● | Entiendo que, si se determina que la(el) joven califica para seguir participando en el FSP, la información confidencial sobre la(el) joven se compartirá con el proveedor de SASS asignado para trabajar con mi familia con el objetivo de prestar o acordar servicios del FSP. El tipo de información que se revelará incluye el nombre de la (del) joven, información demográfica, mi información de contacto, la información financiera de mi familia y la historia clínica de la(del) joven que se envió como parte de este paquete. | | | | |
| ● | Entiendo que, si se determina que la(el) joven califica para seguir participando en el FSP, ella(él) recibirá 180 días de continuación de la elegibilidad para el programa. Entiendo que seré responsable de completar un Paquete de solicitud para continuar inscrito en el FSP dentro de los últimos 30 días del próximo período de elegibilidad de la(del) joven si deseo que la(el) joven sea autorizada(o) para otros 180 días de elegibilidad para el FSP. | | | | |
|  | Padre/madre/tutor legal (nombre en letra de imprenta) |  | Firma |  | Fecha |
| **Certificación del coordinador del FSP – Al firmar a continuación, confirmo que:** | | | | | |
| ● | Soy el coordinador del FSP que ha prestado asistencia a la(el) joven o al tutor legal de la(del) joven, según fuera necesario, al momento de completar este paquete de solicitud de continuación de la elegibilidad para el FSP. | | | | |
| ● | Repasé los criterios para la continuación de la elegibilidad para el FSP en la página 2 con la(el) joven o el tutor legal de la(del) joven, según proceda. | | | | |
| ● | Le di a la(el) joven o el tutor legal de la(del) joven la oportunidad de hacerme preguntas acerca del proceso de solicitud para continuar inscrito en el FSP. | | | | |
| ● | Le informé a la(el) joven o el tutor legal de la(del) joven, según proceda, que tiene derecho a revisar y copiar la información incluida en esta solicitud. | | | | |
| ● | Le informé a la(el) joven o el tutor legal de la(del) joven, según proceda, sobre el proceso para retirar esta solicitud. | | | | |
|  | Coordinador del FSP (nombre en letra de imprenta) |  | Firma |  | Fecha |

# ÍTEM N.° 2

**Certificación de inscripción y asistencia a la escuela**

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Certificación del Formulario de inscripción y asistencia a la escuela



**Bruce Rauner, gobernador**

Felicia F. Norwood, directora

201 South Grand Avenue East **Teléfono:** (217) 782-1200

Springfield, Illinois 62763-0002 **TTY:** (800) 526-5812

**Programa de apoyo familiar (FSP, por sus siglas en inglés) Certificación del Formulario de inscripción y asistencia a la escuela**

Este formulario debe ser completado por un administrador de la escuela o el programa educativo al que la(el) joven del FSP asiste actualmente. Este formulario es obligatorio para jóvenes de 18 años o más como parte del proceso de revisión para continuar inscrito en el FPS. Las preguntas acerca de este formulario pueden dirigirse a la Oficina de Salud Conductual del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias llamando al 217-557-1000 o enviando un correo electrónico a [HFS.BBH@illinois.gov.](mailto:HFS.BBH@illinois.gov)

|  |  |
| --- | --- |
| **Información de la(el) joven** | |
| **Nombre:** | **Fecha de nacimiento:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información de la escuela:** | | | | | | |
| **Nombre:** |  |  |  | **Nú** | **mero de distrito:** | N/A |
| **N.° de teléfono principal:** | | **Dirección:** | | | |  |
| **Ciudad:** |  | **Estado:** |  |  | **Código postal:** |  |
| **Tipo de escuela:** | Pública Privada Educación en el hogar Alternativa Autónoma Otro (describa): | | | | | Parroquial |

|  |  |
| --- | --- |
| **Certificación de inscripción y asistencia a la escuela** | |
| Al firmar a continuación, confirmo que lo que sigue es verdadero según mi leal saber y entender: | |
| ● | Actualmente soy administrador en la escuela antes mencionada. |
| ● | La(el) joven antes mencionada(o) está inscrita(o) actualmente como estudiante en la escuela identificada. |
| ● | La(el) joven antes mencionada(o) no se ha graduado de la preparatoria, no ha obtenido una certificación equivalente a la graduación de la preparatoria y en este momento no califica para graduarse de la preparatoria. |
| ● | La(el) joven antes mencionada(o) no faltó a la escuela sin una causa válida, tal como se la define en la Sección 26-2a del Código Escolar de Illinois, durante el 5 % o más de los  últimos 180 días de escuela o desde que la(el) joven se inscribió en la escuela, lo que haya sucedido primero. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma** | | |
| Administrador de la escuela (nombre en letra de imprenta) |  | Cargo |
| Firma |  | Fecha |

# ÍTEM N.° 3

**Evaluación y plan de tratamiento de salud mental individual actual**

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Evaluación y plan de tratamiento individual

# ÍTEM N.° 4

**Orden judicial definiendo la custodia y/o la tutela de personas que no son los padres (si procede)**

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Orden judicial