



CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS
(CSHCN) SERVICES PROGRAM
Documentación de la familia para Servicios de
Apoyo a la Familia y capacitación realizados
Fomulario F

Instrucciones: Firme este formulario **después** de que se haya realizado la modificación al vehículo o a la vivienda. El administrador de casos puede visitarlo a domicilio para repasar este formulario con usted y pedir su firma. O bien, este puede repasar y rellenar el formulario vía llamada telefónica y firmarlo de su parte. El administrador de casos tiene la responsabilidad de asegurar que el presente formulario esté completo y de enviarlo vía fax **(512-458-7238)** a la Oficina Principal. La Oficina Principal no procesará el pago al proveedor de servicios profesionales hasta que se reciba el presente.

Nombre del Cliente:

Núm. de Identificación:

Tipo de comunicación: Home visit Phone call **Fecha de contacto:**

Nombre de la persona con la cual hubo comunicación:

Parentesco con el cliente:

Tipo de Servicios de Apoyo a la Familia Modificaciones al vehículo
Modificaciones a la vivienda

Satisfacción con el servicio:

- Estoy satisfecho con las modificaciones al vehículo o a la vivienda.
- No estoy satisfecho con las modificaciones al vehículo o a la vivienda.

Explique por qué no está satisfecho y qué ayudaría a solucionar el problema:

Capacitación para uso de equipo:

Si se realizaron modificaciones al vehículo, marque una de las casillas.

- Recibí capacitación para aprender a utilizar el equipo.
- No recibí capacitación o necesito más capacitación para usar el equipo.
- No necesito capacitación para usar el equipo.

Firma del padre, tutor legal or cliente adulto:
(si hubo visita a domicilio)

Firma del administrador de casos:

X _____

X _____

Fecha:

Fecha: