



**TEXAS**

Health and Human Services

Children with Special Health  
Care Needs Services

CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS

(CSHCN) SERVICES PROGRAM

**Solicitud de Servicios de Apoyo a la Familia**

Documentación para completar los servicios de apoyo a la familia  
y capacitación del paquete FSS **Formulario 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, puede repasar y llenar el formulario por teléfono y firmarlo de su parte. El administrador de casos tiene la responsabilidad de asegurarse de que el formulario esté completo y de enviarlo por fax **(512-206-3988)** a la oficina principal. La oficina principal no procesará el pago al proveedor de servicios profesionales hasta que se reciba el formulario.

**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:**