



## Programa Diurno para Adultos

### Solicitud de Inscripción

*Se debe presentar la aplicación antes de atender por primera vez al Programa Diurno para Adultos*

*Así se le informará si ha sido aceptado/a para comenzar el periodo de prueba.*

### Información del Solicitante

**Nombre del Solicitante:**

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

# Telefónico -Casa-

Fecha de Nacimiento

### Información de la Familia/ Proveedor/ Legal Guardián

**Guardián Legal/**

**Miembro de la Familia**

# Telefónico

Empleador

# Tel. del Trabajo

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo Electrónico

**Proveedor**

Tel. del Proveedor

Correo Electrónico del Proveedor

**Contacto de Emergencia**

Tel. de la Casa

Tel. del Trabajo

**Contacto de Emergencia**

Tel. de la Casa

Tel. del Trabajo

### Información Sobre La Discapacidad

Discapacidad Principal

Discapacidad Secundaria

Otras Discapacidades

Limitaciones/Restricciones

### Raza/Origen Étnico

*La siguiente información es voluntaria. (Por favor marque todo lo que aplique)*

( ) Negro/Americano-Africano

( ) Blanco/Caucásico

( ) Asiático/ Isleño del  
Pacífico

( ) Indio Americano o Nativo de  
Alaska

( ) Hispano

( ) Otro \_\_\_\_\_

## Información sobre la Financiación

El solicitante puede recibir fondos a través de:

Horas de Descanso -Respite - DDA     Pago Particular     Tanto Respite como Pago Particular

Tiene el solicitante una Dispensa de la Administración de Discapacidades en el Desarrollo? -Developmental Disabilities Administration (DDA por sus siglas en Ingles)

Si     No

Si el solicitante no tiene una Dispensa, recibe su familia Servicios Individuales y para la Familia del DDA?     Si     No

Nombre del Coordinador de Caso -case manager- del DDA del Solicitante:

\_\_\_\_\_

Cuantos días a la semana quisiera el solicitante atender (*Cada "día" es de 3 horas*)

Numero de días a la semana deseados \_\_\_\_\_

Si usted va a estar utilizando sus horas de descanso Y además paga particularmente, por favor de explicarnos como quisiera que esto se realizará. Por ejemplo: "Quiero usar todas mis horas de descanso, mas luego pagaría el dinero restante". O por ejemplo: Quisiera pagar con 1 día de descanso y el 2do día lo pagaría particularmente".

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

Día(s) de la Semana preferidos: (*Marque todos los que le sirvan*)

Lunes PM     Martes PM     Miércoles PM     Jueves PM     Viernes PM  
 Lunes AM     Martes AM     Miércoles AM     Jueves AM

### **Parte responsable de la Cuenta de Cobro (para participantes con pago particular)**

Persona responsable de pagar la cuenta: \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Área Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico para la Cuenta: \_\_\_\_\_

## Información sobre la Salud, El Comportamiento y El Cuidado Personal

### Información sobre la Salud

Nombre del Doctor /Teléfono: \_\_\_\_\_

Medicamentos: (Por favor de escribir la dosis, tal como, *Vitamina C de 200mg*)(Tenga en cuenta: *The Arc of Tri-Cities no administra medicamentos.*)

---

---

---

---

Alergias:

- Se desconocen las Alergias                       Estacional/Temporada  
 Picaduras de Abejas                                       Cacahuetes

Otras Alergias:

---

---

---

Por favor marque toda discapacidad y/o condición medica que apliquen; por favor explique aquellas que marque:

- Problemas del Corazón \_\_\_\_\_  
 Control de la Motricidad Fina \_\_\_\_\_  
 Control de la Motricidad Gruesa \_\_\_\_\_  
 Usa Silla de Ruedas \_\_\_\_\_  
 Enfermedad Mental \_\_\_\_\_  
 Limitaciones Físicas \_\_\_\_\_  
 Problemas Médicos \_\_\_\_\_

Le dan convulsiones al solicitante?     Si             No

Por favor describa:

---

---

---

Que deberá hacer el personal de The Arc en el caso de una convulsión? Nuestro protocolo estándar es llamar al *911 si la convulsión ha durado 2 minutos. El personal se encuentra entrenado para responder en caso de convulsiones.*

---

---

---

Por favor anote toda condición medica adicional:

---

---

---

Otra información medica pertinente:

---

---

---

Por favor de darle un valor a las categorías que están a continuación, en una escala del 1 al 5 [**5 siendo el valor que demuestra mayor independencia**]:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inicia actividades      | <input type="checkbox"/> Se relaciona con otros         | <input type="checkbox"/> Usa signos/gestos           |
| <input type="checkbox"/> Comunicación verbal     | <input type="checkbox"/> Conducta sexualmente apropiada | <input type="checkbox"/> Comiendo/Bebiendo           |
| <input type="checkbox"/> Limpio/a y organizado/a | <input type="checkbox"/> Necesita avisos/recordatorios  | <input type="checkbox"/> Andando                     |
| <input type="checkbox"/> Ayuda en el baño        | <input type="checkbox"/> Control del enojo/emociones    | <input type="checkbox"/> Respeta el espacio personal |
| <input type="checkbox"/> Comunicación receptiva  | <input type="checkbox"/> Respeta la propiedad ajena     | <input type="checkbox"/> Puede seguir indicaciones   |

### **Información sobre el Comportamiento**

El solicitante tiene un plan de conducta establecido       Si       No

En caso afirmativo, por favor de proporcionarle una copia a The Arc. El plan será revisado antes de que se le conceda la aceptación.

Si no posee un plan de conducta, por favor describa cualquier comportamiento difícil:

---

---

---

---

Cuales son los desencadenantes de los problemas de comportamiento:

---

---

---

---

Que método/s sugiere para que manejemos los problemas de comportamiento:

---

---

---

---

---

**Información sobre el Cuidado Personal**

Por favor describa el tipo de ayuda con el cuidado personal que el solicitante requiera:

---

---

---

*Tenga en Cuenta: Los participantes deberán proporcionar sus propios calzones/calzoncillos y toallitas húmedas que necesiten durante las horas programadas.*

El solicitante necesita ayuda para alimentarse?         Si     No

*Tenga en Cuenta: El Descanso para Adultos no realiza alimentación por sonda y el personal solamente puede ayudar en su alimentación a un numero limitado de participantes durante las comidas.*

Por favor describa el tipo de ayuda para alimentarse que el solicitante requiere:

---

---

---

Por favor describa como sucede una comida típica en casa:

---

---

---

---

---

## Evaluación sobre el Tipo de Actividades que le Interesan al Solicitante

Actividades *Bajo Techo* que disfruto:

---

---

---

---

Actividades *Al Aire Libre* que disfruto:

---

---

---

---

Soy bueno (en casa / en el trabajo / para divertirme / con la familia / con amistades):

---

---

---

---

Estas son las cosas que me hacen sentir triste / asustado/a molesto/a:

---

---

---

---

Mis cosas preferidas son / personas / shows / canciones / colores / animales / etc.:

---

---

---

---

---

Esto es lo que me ayuda a superar tempos difíciles y me ayudan a sobreponerme:

---

---

---

---

## Divulgación en Medios Publicitarios

The Arc of Tri-Cities tiene mi permiso, (tanto durante como después en cualquier momento), de utilizar mi imagen, nombre, voz, o palabras ya sea en la televisión, radio, filmaciones, periódicos, revistas, y otros medios, y en cualquier forma, con el propósito de comercializar o de comunicar el propósito y las actividades que se realizan en The Arc of Tri-Cities y/o para aplicar por fondos que apoyen dichos propósitos y actividades. Este permiso de divulgación será efectivo hasta que The Arc reciba por escrito que esta divulgación en medios publicitarios ha sido declinada.

Yo **declino** dar este permiso de divulgación en medios publicitarios a The Arc of Tri-Cities.

---

Firma del Participante

Fecha

---

Firma del Padre/Guardián Legal

Fecha

## Decisiones Medicas

El solicitante descrito aquí tiene permiso de participar en todas las actividades programadas excepto en aquellas que hayan sido registradas. También doy permiso al personal medico seleccionado por las Directivas, para que ordene radiografías, pruebas rutinarias y tratamientos para mi o para mi hijo/a. En el caso que durante una emergencia no se puedan comunicar conmigo, doy mi permiso para que el medico escogido por las Directivas, pueda hospitalizar, aplicar el tratamiento mas adecuado, ordenar inyecciones, anestesia, o cirugía para mi o para mi hijo/a mencionado/a mas arriba. Esta forma puede ser fotocopiada para ser utilizada por fuera de las instalaciones de The Arc. Este permiso de divulgación será efectivo hasta que The Arc reciba por escrito que estas decisiones medicas han sido declinadas.

Yo **declino** dar este permiso para tomar decisiones medicas. En cambio, quisiera que el personal de The Arc of Tri-Cities hiciera lo siguiente en caso de una emergencia:

---

---

---

---

Firma del Participante

Fecha

---

Firma del Padre/Guardián Legal

Fecha

## **Descanso para Adultos Derechos & Responsabilidades**

Tengo el derecho a realizar mi propias elecciones.

Tengo la responsabilidad de realizar elecciones que no me lastimen, ni lastimen a los demás, o dañen la propiedad que no me pertenezca.

Tengo el derecho a participar en las actividades que yo seleccione.

Tengo la responsabilidad de escoger actividades que no estén copadas y que se estén ofreciendo.

Tengo el derecho a expresar mis sentimientos.

Tengo la responsabilidad de expresarme de manera que no lastime a nadie ni a nada

Tengo el derecho a enojarme.

Tengo la responsabilidad de expresar mi enojo con una voz calmada, o de alejarme de los demás hasta que pueda hacerlo.

Tengo el derecho a interactuar (realizar actividades) con otras personas.

Tengo la responsabilidad de tratarlas con respeto, y de primero asegurarme que si desean hacer actividades conmigo.

Tengo el derecho a hacer las cosas cuando yo lo desee.

Tengo la responsabilidad de estar listo/a cuando comienza una actividad, o cuando llega mi transporte a recogerme.

Tengo el derecho a traer cosas al Descanso para Adultos.

Tengo la responsabilidad de cuidar estas cosas, y de mantenerlos apartados de otras personas.

Tengo el derecho a utilizar todo y cualquier baño **publico** asignado al Descanso para Adultos.

Tengo la responsabilidad de preguntar antes de utilizar cualquier oficina, salas de almacenamiento, o áreas bajo llave.

Tengo el derecho a usar los implementos que pertenecen al Descanso para Adultos para realizar las actividades.

Tengo la responsabilidad de cuidar de estos implementos, de guardarlos cuando haya terminado, y de compartirlos con cualquiera que desee utilizarlos.

Tengo el derecho a pedir ayuda y atención del personal de The Arc.

Tengo la responsabilidad de pedir ayuda de una manera agradable y de permitir que el personal le ayude a los demás.

Estoy de acuerdo en que estos son mis derechos y mis responsabilidades y que me acogeré a ellos lo mejor que yo pueda y a toda hora.

---

Firma del Participante

Fecha



## Directrices para la Membresía

- 1.) **Elegibilidad & Aplicación para la Membresía:** Se pueden presentar las aplicaciones por correo o personalmente. La elegibilidad se determina según la edad, (debe ser mayor de 18 años), la presentación de una aplicación completa, del compromiso con los Derechos y Responsabilidades del programa, y con el nivel general de ayuda que se requiera.
  
- 2.) **Revisión de la Aplicación:** el Gestor del Programa revisará la aplicación tan pronto como le sea posible para determinar si con este programa, podremos apoyar al solicitante de una manera efectiva. Luego de revisada la aplicación, se le comunicará al solicitante sobre la aceptación al programa. The Arc se compromete a trabajar con cada individuo para asegurar su éxito en el programa. Para que podamos asegurar una relación exitosa y constante, el Gestor del Programa periódicamente revisará nuestra capacidad para apoyar a cada miembro individualmente. Si se determina que The Arc no puede apoyar a un miembro, esta persona no podrá continuar si no tiene establecido un plan de apoyo.
  
- 3.) **Responsabilidad del Miembro:** Los participantes deben comportarse de manera adecuada. Esto incluye pero no se limita a: mostrar respeto y consideración hacia cada participante y miembro del personal, seguir las instrucciones del personal, controlar el enojo, respetar la propiedad de los demás, etc. Si un participante se conduce de una manera inapropiada, se le establecería un plan de conducta. Si no se corrige el comportamiento, se le podría suspender del programa, o como ultimo recurso se le podría terminar.
  
- 4.) **Asistencia Personal:** el personal de The Arc puede proporcionar asistencia con el cuidado personal pero hasta cierto punto. Esto incluye ayuda con mudas o idas al baño (generalmente hasta dos veces en un día), con la alimentación (con un numero limitado de personas por sesión), con la movilidad y con la transferencia hacia y fuera de la silla de ruedas. Nosotros NO administramos medicamentos, ni cambiamos catéteres o alimentamos por sonda.
  
- 5.) **Emergencias:** En caso de una emergencia, el personal de The Arc seguiría los procedimientos estándares de primeros auxilios y de Resucitación Cardiorrespiratoria, luego tan pronto como sea posible se comunicaría con el hogar. Para emergencias no relacionadas con el 911, se espera que el proveedor de casa recoja a la persona en los próximos 30 minutos; por lo tanto, es imperativo que tengamos en el expediente de cada miembro un numero de contacto que este funcionando para el caso de emergencia.
  
- 6.) **Participación:** Nosotros proporcionamos cada día una variedad de actividades y animamos a que todos los miembros participen. Aquellos que no deseen participar, podrían buscarse sus propias actividades siempre que sean productivas. Para aquellos

miembros que no participan regularmente en las actividades ofrecidas en el programa de Descanso para Adultos, recomendamos que el proveedor del miembro le recuerde de traer una actividad de casa que el miembro disfrute.

**7.) Transporte:** The Arc proporciona el transporte hacia y desde nuestro establecimiento utilizando los vehículos del Ben Franklin Transit Vanpool. Sin embargo, para poder tener acceso a este sistema de transporte, el participante DEBE estar registrado y aceptado por el Dial-A-Ride y debe comprar el pase mensual para el servicio de bus, o los tiquetes. Cualquier otro tipo de transporte deberá ser organizado por el participante o por su proveedor.

Muchas gracias por considerar el programa de Descanso para Adultos de The Arc. Si tiene alguna pregunta o si necesita de mas asistencia con esta aplicación, por favor comuníquese con nosotros al 783-1131 ext. 129 o ext. 114. Por favor presente la aplicación completa en:

**The Arc of Tri-Cities  
1455 Fowler St.  
Richland, WA 99352  
Fax: 509-735-7706**

Según mi leal saber, afirmo que lo anterior es cierto. He leído y entendido las Directrices para la Membresía del Programa de Descanso para Adultos de The Arc, y los Derechos y Responsabilidades incluidas en esta aplicación, y estoy de acuerdo con todo ello. Acepto la plena responsabilidad de mi participación en este programa, o como pasajero en todo vehículo operado por The Arc of Tri-Cities o su personal. Acepto la responsabilidad plena del pago de toda cuota, si se aplica. **Si cambia alguna información requerida en esta aplicación, me comprometo a informarle tan pronto como me sea posible al personal de The Arc al teléfono (509) 783-1131. De no hacerlo, comprendo que esto afectaría la capacidad de The Arc de servirme de manera segura.**

---

**Firma del Participante**

**Fecha**

---

**Firma del Padre/Guardián/Proveedor**

**Fecha**

# Lista de Verificación para Clientes Nuevos

**Esta lista de verificación esta diseñada para ayudarle a comprender y manejar todos los pasos que se requieren a medida que progresa por el proceso de aplicación.**



Paso 1: Junta con el personal de The Arc (y todas las partes interesadas tales como el CRM o los proveedores) para determinar si se le ha asignado el programa adecuado.

Paso 2: Presentó su documentación a The Arc?

- Aplicación Completa al Programa Diurno para Adultos
- Prueba de la Tutela Legal (si aplica)

Paso 3: The Arc debe confirmar lo siguiente antes de proceder al Paso 4:

- Disponibilidad del Personal y del Transporte para las sesiones deseadas
- Aprobación de la financiación  
[ Sea la aprobación del Coordinador de su caso para el uso de los fondos asignados a su tiempo de Descanso, o sea un programa de pagos particulares acordados por anticipado con un Coordinador del Programa Arc.]

Paso 4: Tiene pase para utilizar Dial-A-Ride?

- Si [Proceda al Paso 5]
- No ↗
  - Presente a The Arc, la aplicación completa para recibir el servicio Dial-A-Ride
  - Incluya una nota del doctor explicando el diagnóstico de la discapacidad
  - Compre el pase o los boletos para usar Dial-A-Ride

Paso 5: Antes del primer día de servicio, por favor asegúrese de entender lo siguiente:

- Si sé sobre los resultados que puedo esperar del servicio de Programa Diurno con The Arc.
- Si cumpla con todos los requisitos que The Arc espera que yo tenga para poder participar.
- Si le he comunicado a The Arc toda consideración especial, y sé como mi plan va a satisfacer mis necesidades identificadas.
- Si sé cuando, donde y como mi programa se realizará.
- Si estoy participando en actividades que me agradan.
- Si sé como comunicarme con The Arc.
- Si conozco otros programas y servicios dentro de la comunidad.