



FORMULARIO DE REMISIÓN PARA APOYOS COMUNITARIOS (CS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO		
<i>Por favor escriba en letra de molde o a máquina</i>		
Apellido: _____	Primer nombre: _____	Fecha: _____
Dirección postal: _____	Ciudad: _____	Código postal: _____
Identificación de Medi-Cal: _____	Teléfono: _____	Fecha de nacimiento: _____
Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
INFORMACIÓN DE LA FUENTE DE LA REMISIÓN		
Apellido: _____	Primer nombre: _____	
Dirección postal: _____	Ciudad: _____	Código postal: _____
Teléfono: _____	Correo electrónico: _____	
RELACIÓN CON EL MIEMBRO <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Padre, madre / Tutor <input type="checkbox"/> Familiar / Amigo <input type="checkbox"/> Proveedor de Atención Primaria (PCP) <input type="checkbox"/> Proveedor de ECM <input type="checkbox"/> Otro proveedor de servicios <input type="checkbox"/> Personal de GCHP <input type="checkbox"/> Organización comunitaria (CBO)		
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal		
ORGANIZACIÓN QUE REMITE (si aplica): _____		
¿SE LE HA INFORMADO AL MIEMBRO QUE SE HA ENVIADO UNA REMISIÓN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
MOTIVO DE LA REMISIÓN <i>(Marque todas las que apliquen)</i>		
Apoyo comunitario	¿Qué es?	¿Quién es elegible?
<input type="checkbox"/> Comidas médicamente diseñadas	Comidas diseñadas para necesidades médicas específicas después de una hospitalización.	Miembros que tuvieron una hospitalización por motivos relacionados con insuficiencia cardíaca congestiva en los últimos 30 días.
<input type="checkbox"/> Orientación para la búsqueda de vivienda	Asistencia para encontrar y conseguir una vivienda, incluyendo asistencia con los formularios de vivienda.	Miembros sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar y por lo menos con una de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • Tener una o más afecciones crónicas graves • Enfermedad mental grave / trastorno por abuso de sustancias • En riesgo de ser institucionalizados • Alteración emocional grave (niños / adolescentes) • Salir de prisión O • Jóvenes en edad de transición con obstáculos considerables para encontrar vivienda
<input type="checkbox"/> Depósitos para vivienda	Fondos para servicios únicos necesarios para establecer un hogar, incluyendo depósitos de seguridad, servicios públicos del primer mes, equipo necesario para una afección de salud, pago del primer o último mes de alquiler.	
<input type="checkbox"/> Alquiler de vivienda y servicios de mantenimiento	Asistencia para mantenimiento del hogar, incluyendo ayuda para administrar el dinero y buena conducta como inquilino.	
<input type="checkbox"/> Cuidado de recuperación	Cuidado del hogar y atención médica a corto plazo para miembros que salieron del hospital y cuya condición probablemente empeorará sin asistencia.	Miembros que estén en riesgo de ir o regresar al hospital y que tengan por lo menos una de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • Sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar. • Viven solo(a)s sin apoyo formal. • Inseguridad en la vivienda que pone en riesgo su salud y seguridad.