



FORMULARIO DE REFERENCIA

Enviar por fax a: 321-639-1194 O por correo electrónico a: referrals@impowerfl.org
O envíelo por correo a IMPOWER: 111 W. Magnolia Ave, Longwood, FL 32750

Determinación de la prioridad: Rutina (7 días) ****Cualquier derivación urgente DEBE llamarse al 321-639-1224****

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

Nombre: _____ Seguridad Social #: _____

Nombres de los padres/tutores: _____ Relación con el cliente: _____

Casa de los padres/tutores Hogar de un familiar, colocado por el DCF Hogar de acogida

Dirección: _____ Condado: _____

Ciudad/Estado: _____ Zip: _____ Email: _____

Teléfono: _____ Sexo: _____ Carrera: _____ DOB: _____ Edad: _____

Empleador/Escuela: _____ Grado: _____

Idioma preferido por el cliente: _____ Idioma preferido por el tutor: _____ ¿Se requiere ser bilingüe? SÍ NO

INFORMACIÓN DE LA GARANTÍA LEGAL SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR:

Nombre: _____ Agencia: _____ Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

REFERIDO POR:

Persona que rellena el formulario: _____ Agencia/Persona de referencia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____ Fecha: _____

El cliente está recibiendo actualmente: En casa / En la escuela / Terapia individual / Medicamento / Otro: _____

Nombre del proveedor: _____ Agencia: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA FINANCIACIÓN

Nombre del seguro*: _____ Medicaid #: _____

**Si es Medicaid, introduzca el nombre de Medicaid Managed Medical Assistance (MMA)*

No es Medicaid: (Marque uno) FSPT; CMS; CBC; BFP; BNET; Pago privado; Otros: _____

ELEGIBILIDAD DE LOS SERVICIOS FINANCIADOS POR LA SUBVENCIÓN

150% del nivel federal de pobreza 2021 Directrices

Tamaño de la familia	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1	\$19,320	\$1,610
2	\$26,130	\$2,178
3	\$32,940	\$2,745
4	\$39,750	\$3,313
5	\$46,560	\$3,880
6	\$53,370	\$4,448
7	\$60,180	\$5,015
8	\$66,990	\$5,583

Si el tamaño de la familia es superior a 8, añade 4.540 dólares a los ingresos anuales por cada miembro adicional

1. TAMAÑO DE LA FAMILIA: _____
2. LOS INGRESOS TOTALES DE LA FAMILIA SON (incluya las ayudas del gobierno como SSI, desempleo, etc.) \$
PER _____
3. CONVERTIR EN UNA CANTIDAD MENSUAL Y ENUMERAR LOS INGRESOS MENSUALES TOTALES DE LA FAMILIA: \$ _____
4. ¿Esta cantidad es inferior al 150% del nivel de pobreza federal que aparece en la tabla anterior? SI NO
5. ¿TIENE USTED SEGURO? SI NO
6. Vivo en el siguiente condado: (marque uno) Brevard Orange Osceola Seminole Glades Hendry Highlands (sólo abuso de sustancias)

CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que, de acuerdo con la Sección 817.50 de los Estatutos de Florida, proporcionar información falsa para defraudar a un proveedor de atención médica con el fin de obtener bienes y servicios es un delito menor de segundo grado:

Firma del cliente/tutor

Fecha

Firma del personal

Nombre de la Agencia/Proveedor

Fecha

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA - Esta sección debe ser completada para que la remisión sea procesada.

SERVICIOS SOLICITADOS: Residencial por abuso de sustancias (de 13 a 17 años) Asesoramiento Psiquiátrico
 Tratamiento asistido con medicamentos para la adicción a los opiáceos (debe tener 18 años o más) Describa brevemente el motivo por el que solicita los servicios:

Historial de tratamiento (año): _____ Diagnóstico previo: _____ Problema de desarrollo: _____