



# PROGRAMA DE CUIDADO DE RESPIRO

## Solicitud de interés

Estimado/a Padre/Madre o Cuidador/a,

Gracias por su interés en solicitar servicios de respiro para su(s) hijo/a(s) a través de United Parents (Padres Unidos). Entendemos la importancia de equilibrar las responsabilidades de brindar cuidados con el cuidado personal y nos sentimos honrados de que nos haya considerado parte de su sistema de apoyo. Es posible que lo coloquen en una lista de espera y haremos todo lo posible para ubicarlo con un proveedor de relevo lo antes posible. Todas las familias en la lista de espera podrán participar durante nuestros divertidos eventos de relevo. Las notificaciones sobre nuestros eventos de diversión de relevo se enviarán por correo electrónico (asegúrese de incluir un correo electrónico al que acceda con regularidad, ya que los espacios para eventos se llenan rápidamente y se asignan por orden de llegada). Entendemos que la decisión de buscar servicios de respiro es importante y queremos asegurarle que trabajaremos estrechamente con usted durante todo el proceso de solicitud. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse.

Un cordial saludo,

*Michelle Harmon*

Michelle Harmon

Gerente de Respiro

Celular: (805) 765-1636

[mharmon@unitedparents.org](mailto:mharmon@unitedparents.org)

Padres Unidos

Centro de Recursos y Servicios para padres

300 West 5th Street, Suite B

Oxnard, CA 93030

Oficina: (805) 384-1555

[www.unitedparents.org](http://www.unitedparents.org)



# PROGRAMA DE CUIDADO DE RESPIRO

## Solicitud de interés

A continuación, le compartimos algunos puntos importantes que debe saber:

- Para calificar para nuestros servicios, su(s) hijo/a(s) deben ser menores de 18 años y recibir servicios de Ventura County Behavioral Health (VCBH). Su(s) hijo/a(s) deben continuar recibiendo servicios de VCBH para mantener la elegibilidad para los servicios de cuidado de respiro.
- Complete una solicitud de interés por cada hijo/a que desee inscribir en el programa.
- Las familias están limitadas a utilizar un máximo de 10 horas de servicio al mes. Las horas NO se acumulan mensualmente. Tenga en cuenta que la falta de uso (50% o menos) dentro de un período de 6 meses resultará en la baja del programa.
- El servicio de respiro es solo para su(s) hijo/a(s) nombrado/a en la solicitud. Los servicios se brindarán ya sea en el hogar de la familia o en la comunidad.
- Los servicios de cuidado de respiro solo se pueden brindar al hijo/a nombrado en la solicitud. (Quedan excluidos hermanos, amigos y/u otros familiares)
- Los horarios serán coordinados entre el padre/cuidador y el proveedor de atención de respiro. Las citas se basan en la disponibilidad del proveedor de atención de respiro. Es posible concertar citas de última hora o con poca antelación, pero no se recomiendan.
- Se espera que las familias que reciben activamente servicios de cuidado de respiro envíen encuestas de “satisfacción” periódicamente, así como que participen en una cita de “recertificación” anualmente para garantizar que la información se mantenga actualizada y precisa.
- Las familias son responsables de proporcionar una compensación tanto para su(s) hijo/a(s) como para el proveedor por cualquier actividad que tenga costos asociados durante la visita (los proveedores solo reciben compensación por el tiempo y el kilometraje). Se anima a las familias que atraviesan dificultades a que notifiquen a su proveedor una vez asignado.
- Al final de cada visita, cuando el proveedor de su (s) hijo/a(s), un adulto mayor de 18 años, que esté anotado en el documento de admisión, debe estar presente para recibir su (s) hijo/a(s). El proveedor presentará la hoja de horas al adulto para que la firme. Asegúrese de que la fecha, la hora y la actividad enumeradas en la hoja de horas sean exactas antes de firmar.
- Envíe su solicitud de interés completa por correo electrónico, correo postal o entrega en mano al Gerente de Programas utilizando la información de contacto que se proporciona a continuación. Una vez que recibamos su solicitud, nos comunicaremos con usted para programar una cita de admisión.
- United Parents (Padres Unidos) no alienta a su personal de proveedores de atención de respiro a brindar servicios de forma privada. Si decide contratar a cualquiera de los proveedores de cuidados de respiro de United Parents (Padres Unidos) de forma privada, **UNITED PARENTS (PADRES UNIDOS) NO SERÁ RESPONSABLE.**
- Envíe por correo electrónico, correo postal o entregue personalmente su solicitud completa de interés al Gerente de Programas. Una vez recibida su solicitud de interés, nos comunicaremos con usted para programar una cita de admisión.



# PROGRAMA DE CUIDADO DE RESPIRO

## Solicitud de interés

Fecha: \_\_\_\_\_

### Información de padres/tutores

Nombre completo:

Dirección:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Idioma principal: \_\_\_\_\_

Nombre completo:

Dirección:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Idioma principal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico principal:

Referido/a por:

### Información del niño/a

Nombre completo:

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano  Caucásico  Afroamericano  Indio americano  
Asiático  Otro,  por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona el niño/a con usted?: Biológico/a Adoptado/a Crianza

Relativo/a Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_

### Salud mental - Información de Ventura County Behavioral Health

Diagnóstico actual:

¿Su hijo/a recibe servicios en Ventura County Behavioral Health?: Si No

Nombre del terapista: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Nombre de la psiquiatra: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

escribir objetivos terapéuticos en los que se esté trabajando: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE OFICINA)**

Date Rec'd: \_\_\_\_\_ Date Entered: \_\_\_\_\_ Intake Date: \_\_\_\_\_ PSS/PP: \_\_\_\_\_

