

LISTA DE COMPROBACIÓN: La información de esta lista es obligatoria para procesar su solicitud. Compruebe cada casilla para verificar que cada elemento está incluido y coloque los artículos en el orden que se muestra a continuación. Por favor, guarde una copia de la solicitud completada para sus registros y envíe el original, incluyendo esta lista de verificación, al contacto que se menciona a continuación. Nota: Los materiales no serán devueltos.

1. Eligibility Quiz
2. "Direct Services Program" Application (pg. 1-8)
3. Pre-treatment Survey (pg. 9-10)
4. Peer Letter (listed on pg. 11)
5. Physician Letter (pg. 12)
6. Problem List or Face Sheet from your physician (listed on pg. 11)
7. Attach a copy of EACH provider(s) license (listed on pg. 7)
8. Attach a copy of EACH provider(s) proof of insurance (listed on pg. 7)
9. Attach Proof of Income (pg. 6)

***Aplicaciones incompletas no serán revisadas.**

Una vez que su solicitud esté completa, por favor:
 Envíe por fax su solicitud y todos los elementos de la lista de verificación anterior al 1-800-533-4684 O escanear y enviar por correo electrónico a rachael@iamtheplan.org

O, si no tiene acceso a un fax o escáner, envíelo a:

Rachael Griffin
 c/o Chanda Plan Foundation
 8725 West 14th Ave, Suite 170
 Lakewood, CO 80215

Por favor, no requieren una firma en la entrega, ya que esto podría retrasar la recepción de la solicitud.

- LAS APLICACIONES COMPLETAS SON REVISADAS 4 VECES POR AÑO. PARA OBTENER INFORMACIÓN EN LA PRÓXIMA FECHA, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON NOSOTROS EN 1-800-766-4255 x2 o visite www.iamtheplan.org
- USTED ESCUCHARÁ DE US DENTRO DE DOS SEMANAS DESDE LA FECHA DE REVISIÓN.
- SI USTED NO SABE DE NOSOTROS EN EL PLAZO DE 1 MES DE LA FECHA DE REVISIÓN, POR FAVOR NO PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS EN 1-800-766-4255 x2 EN RELACIÓN CON EL ESTADO DE SU SOLICITUD.

Chanda Plan Foundation
 Rachael@iamtheplan.org
 1-800-766-4255 x 2

Información sobre discapacidad y salud

¿Qué tipo de discapacidad tiene? (Marque con un círculo todas las que correspondan)

- Lesión de la médula espinal (para o cuádruple), nivel (es decir, C4 / C5)
- Lesión cerebral (traumática o adquirida)
- Parálisis Cerebral (CP)
- Espina bífida
- Esclerosis Múltiple (EM)

Fecha de la lesión o diagnóstico (mm / dd / aaaa):

Si se lesionó, ¿cómo fue su lesión sufrida? _____

¿Qué tipo de silla de ruedas utiliza para funcionar en sus actividades diarias (manual o de energía?) _____

Sírvase enumerar los síntomas por los que recibe atención continua:

Los síntomas (dolor, etc.)	Tratamiento actual

(1) Nombre del médico: _____

CARTAS: Proporcione dos cartas de apoyo de (1) médico y (2) peer (cualquier persona que no sea usted o su médico) Guías para el médico requerido y cartas de compañeros en la página 11.

**** Puede usar el formulario adjunto para que el médico complete en reemplazo de la carta del**

Teléfono: _____

(2) Nombre del compañero o del profesional:

Teléfono: _____

Nombre del solicitante: _____

Medicamentos / Suplementos Nombre (La marihuana se considera un medicamento)	Dosis	¿Qué trata este medicamento?

¿Usa drogas recreativas? ____ No ____ Sí
¿Tiene un uso adictivo de medicamentos como analgésicos? ____ No ____ Sí
Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas de estilo de vida anteriores, ¿está interesado en establecer metas personales para cambiar cualquiera de los hábitos anteriores para mejorar su calidad de vida? ____ No ____ Sí

Si desea ampliar su información o su historia y cómo piensa que los tratamientos alternativos pueden ayudar, por favor, hágalo aquí (¿qué tipo de información adicional nos sería útil?)

Ejercicio

Elija todo lo que se aplique a su rutina de ejercicios

- Sin ejercicio

- Ejercicio ocasional (leve o vigoroso)

- Ejercicio vigoroso frecuente

Por favor explique:

Nombre del solicitante: _____

¿Cuál es su meta de salud a corto plazo?

¿Cuál es su meta de salud a largo plazo?

¿Cómo su participación en nuestro programa le ayudará a alcanzar su meta (s) y calidad de vida?

Por favor, liste cualquier trabajo voluntario o de servicio comunitario que haga:

Sírvase enumerar cualquier otro patrocinio en efectivo o subvenciones que haya recibido en el último año:

Si pudiera mejorar los tratamientos, ¿cómo afectaría su participación en la comunidad (es decir, educación, fuerza de trabajo, voluntariado, etc.)?

¿Ha recibido estos tratamientos que solicita antes de esta solicitud de ayuda? En caso afirmativo, explique.

Hábitos de salud e información suplementaria

Debe proporcionar información financiera y comprobante de ingresos para poder ser considerado..

Por favor circule qué prueba de ingreso está incluyendo en esta solicitud:

Declaración de impuestos del año actual

W-2

Declaración SSDI o SSI

Ingresos brutos anuales de la CASA - Por favor incluya Todos los Ingresos del Hogar, es decir, padre, padrastro, cónyuge, adulto Niños (circule uno):

Menos que \$25,000 \$25,000 - \$55,000 \$55,000 +

Número de miembros en el hogar: _____ Adultos _____ Niños

Fuente de ingreso:

Importe Bruto Anual:

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Ingreso Bruto Total Anual del Hogar:

\$ _____

Activos (¿qué tienes en ahorros, fideicomisos o inversiones?)

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Los activos totales:

\$ _____

Gastos anuales de vivienda:

Gastos de Vivienda

Mensualidad

Alquiler / Hipoteca \$ _____

Utilidades \$ _____

Préstamos (automóviles, personales, etc.) \$ _____

Comida \$ _____

Cuidado de niños \$ _____

Médico \$ _____

Transporte (gas, mantenimiento, seguros de automóviles) \$ _____

Seguro médico \$ _____

Otro _____ \$ _____

TOTAL de los gastos mensuales

\$ _____

Total de gastos mensuales de vida x 12 = Gastos anuales de vida: \$ _____

¿Está trabajando actualmente? Sí / No

Si sí, ¿cuántas horas / semana trabaja? _____

estas estudiando actualmente? Sí / No

Si sí, a tiempo parcial o tiempo completo? _____

¿Tiene seguro médico privado, Medicaid o Medicare? Sí / No

En caso afirmativo, nombre de la empresa: _____

Número de póliza: _____

¿Su seguro cubre cualquier parte del servicio que está buscando financiación? Sí / No

¿Tiene acceso a fondos que le permitirían pagar los tratamientos? Sí/No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar detalles en una hoja separada.

(Es decir, los asientos legales o de lesiones personales pendientes, seguro de automóvil debido a accidente de cuidado o demandas de compensación de trabajadores)?

Solicitud de Tratamiento :: Costo de Solicitud: Sea tan específico como sea posible y obtenga un plan de tratamiento del proveedor de su elección. Si solicita fondos para más de un tipo de tratamiento, escriba en orden de prioridad.

Ejemplo: acupuntura - 2 sesiones / mes. \$ 45.00 / sesión. 12 meses = \$ 1,080

Modality Type	# of sessions/month, cost/session and # of months requesting	Total \$

SOLICITUD TOTAL (SUMA DEL TOTAL (\$) ANTERIORMENTE): _____

Proveedor #1	Nombre: _____	Teléfono: Email:
	—	
	Dirección: _____	
Proveedor #2	Nombre: _____	Teléfono: Email:
	—	
	Dirección: _____	
Proveedor #3	Nombre: _____	Teléfono: Email:
	—	
	Dirección: _____	

Por favor, incluya una copia de su plan de tratamiento desarrollado por el proveedor de su elección.

Tenga en cuenta: Copia del seguro de responsabilidad del proveedor (s), licencia actual y / o certificado para la modalidad que se solicita DEBE adjuntar a su solicitud cuando se presente. Si no se incluye, la solicitud NO será revisada.

Información Médica y Publicación Formulario de Liberación / Acuerdo:

Junto con los programas de asistencia financiera para acceder a tratamientos integrativos, la Fundación del Plan Chanda realiza actividades de divulgación, recaudación de fondos y mercadeo (es decir, sitio web del Plan Chanda, documentales, folletos, etc.) para mantener la información de la fundación a disposición de la comunidad. Documentación de participación de los participantes y el uso de material (foto, bio, etc) es importante para compartir los resultados y la necesidad de la fundación. La información de salud personal de su profesional de la salud integrador y médico de atención médica beneficiará nuestro trabajo y aumentará nuestro apoyo comunitario. Su liberación para obtener y compartir documentación de salud personal es necesaria para este propósito.



Autorizo a la Fundación del Plan Chanda ya sus representantes autorizados a consultar con cualquier tercero que pueda tener información relacionada con mi estado de salud en el momento de mi solicitud / re-solicitud a la Fundación del Plan Chanda en relación con mi uso de la Integrative Terapias.

Firma: _____

Imprimir Nombre completo: _____ **Fecha:** _____

Alivio y por la presente acuerdo de mantener a La Fundación Chanda Plan libre y libre de cualquier responsabilidad derivada del uso y / o liberación de información; entrevista; Fotografía / cinta de video / película; Y posterior publicación o difusión. Entiendo que la (s) entrevista (s) o sesiones fotográficas se llevan a cabo con mi consentimiento y autorización y por lo tanto asumen la plena responsabilidad.

Firma: _____

MEDICAMENTOS: por favor liste todos los recetados, sin receta y suplementos que usted toma. Si necesita más espacio, adjunte una lista con su solicitud.

Metas y Información Personal

Encuesta de salud y vida de los participantes: Pretratamiento

Gracias por su aporte. Sus respuestas nos ayudan a evaluar los programas de tratamiento que se ofrecen, a encontrar maneras de poner los tratamientos a disposición de más participantes e identificar áreas de mejora.

Fecha:

Nombre del solicitante:

Coloque "X" en las casillas correspondientes a continuación o escriba su respuesta de acuerdo a las preguntas que se hacen a continuación. Escoja solo una para cada pregunta.											
Pregunta #1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Califica tu nivel de dolor actual. Considere el promedio Experiencia de dolor durante la semana anterior											
Pregunta #2											
2. a) ¿Cuántos medicamentos de venta libre o de venta con receta están tomando ahora para tratar el dolor?								2a			
2. b) ¿Cuántos medicamentos de venta libre o de venta con receta están tomando ahora para tratar la depresión o la ansiedad? (Por favor, proporcione la cantidad como un número, nos referimos a los medicamentos, no a las dosis)								2b			
Pregunta #3											
3. ¿Cuántas veces ha visitado a un proveedor de atención médica en los últimos 3 meses? (Sin incluir el / los proveedor / es de tratamientos en su asignación de la Fundación del Plan Chanda)											
Estamos interesados en saber cómo sus problemas de dolor y movilidad afectan su capacidad para estar en el trabajo, participar en actividades de voluntariado y funcionar independientemente en actividades de la vida diaria.											
Pregunta #4	De ningún modo			Algo limitante			Limitación significativa		No puedo trabajar debido al dolor		
4. ¿En qué medida su dolor está actualmente LIMITANDO su capacidad para trabajar?											
Pregunta #5	Sin límites			Algo limitante			Limitación significativa		Mi falta de movilidad es severa debido al dolor		
5. ¿En qué medida su dolor está actualmente LIMITANDO su movilidad?											

Pregunta #6	De ningún modo	Algo limitante	Limitación significativa	Estoy muy aislado debido al dolor
6. Actualmente, ¿en qué medida su dolor limita sus actividades?				
Pregunta #7	Sin límites	Algunos límites	Límites significativos	No puede funcionar independientemente
7. Indique cualquier límite en su capacidad para funcionar independientemente. Considere las actividades en la vida diaria en términos de su dolor y movilidad.				
Pregunta #8	De ningún modo	El dolor tiene algún impacto	Impacto significativo	Fuertemente afectado por el dolor
8. Actualmente, ¿en qué medida su dolor afecta su salud mental?				

Gracias por su aporte.

A continuación se presentan pautas para la carta de contacto y la carta del médico que se requieren como parte del proceso de solicitud:

Carta del compañero:

- Nombre de la persona que escribe la carta y relación con el solicitante
- Nombre del solicitante
- Incapacidad específica del solicitante
- Cuestiones actuales que afectan la salud del solicitante y cómo las terapias integradoras mejorarán su calidad de vida
- Cualquier lucha que tenga el solicitante con el financiamiento de terapias integrativas por su cuenta

Carta del médico (generalmente del Proveedor de Atención Primaria): Por favor incluya una carta con la siguiente información O el formulario adjunto del médico

- El nombre del doctor
- Nombre del solicitante
- Incapacidad y diagnóstico específicos del solicitante - esta información es obligatoria
- ¿Cuánto tiempo ha médico su médico?
- Prescripción o carta de recomendación para las terapias recomendadas (es decir, ejercicio adaptativo, yoga adaptativo, quiropráctica, masaje, acupuntura) o carta que indique que el médico aprueba terapias integradoras como parte del plan de tratamiento del participante para mejorar la calidad de vida. Dispuesto a decir esto mucho)

Para confirmar, al menos necesitamos un diagnóstico de su médico de cabecera.

Lista de problemas o hoja facial del médico (generalmente del proveedor de atención primaria):

Una típica "lista de problemas" en un expediente médico suele ser una simple lista de sus diagnósticos activos y pasados. La mayoría de los registros médicos electrónicos utilizados por los médicos de hoy producirá un informe de resumen simple o "hoja de la cara" que enumerará los diagnósticos de un paciente, una lista detallada de medicamentos con registros de recambios. Se trata de un rápido resumen resumen de un expediente médico de los pacientes.

Formulario de Liberación del Médico

El nombre del doctor: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha del último examen físico: _____

¿Cuánto tiempo ha sido su médico?: _____

Discapacidad y diagnóstico específicos del paciente: _____

¿Utiliza el paciente una silla de ruedas el 100% del tiempo? SÍ / NO

Por favor proporcione una recomendación para que este solicitante participe en terapias integradoras y exprese cualquier preocupación que usted pueda tener con respecto al solicitante que participe en cualquiera de las siguientes terapias integradoras basadas en su discapacidad / diagnóstico (ejercicio adaptativo, yoga adaptativo, quiropráctica, masaje, acupuntura)

Firma del Médico: _____

Fecha: _____

El solicitante debe firmar antes de dar al médico

Yo, _____ (Nombre de imprenta), Permiso para que usted dé la información mencionada anteriormente a la Fundación del Plan Chanda.

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

Envíe por fax o envíe por correo electrónico este formulario completo a la Fundación del Plan Chanda
rachael@iamtheplan.org or 1-800-533-4684.