



# Información del Programa Familiar Cuidador (RCP)

Tipo de caso:  Administración de Caso  Servicios Directos ID de TFACTS: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Persona que toma la referencia: \_\_\_\_\_ Fecha del primer contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador principal: \_\_\_\_\_

Nombre	Segundo nombre/apellido de soltera	Preferido	Apellido
--------	------------------------------------	-----------	----------

Nombre del cuidador del cónyuge: \_\_\_\_\_

Nombre	Segundo nombre/apellido de soltera	Preferido	Apellido
--------	------------------------------------	-----------	----------

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Calle	Ciudad
-------	--------

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Empleado:  Sí  No

Ingresos en la fecha de elegibilidad: \_\_\_\_\_ Fecha de elegibilidad: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_

Fecha de elegibilidad de ingresos: _____	Ingresos: _____	Fecha de elegibilidad de ingresos: _____	Ingresos: _____
--	-----------------	--	-----------------

\*Información recopilada para combinar la información demográfica; no afecta la elegibilidad de servicios.

\*\*Información compartida solo para ayudar con la planificación del caso; no afecta la elegibilidad de servicios.

## INFORMACIÓN DEL NIÑO

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4	Niño 5	Niño 6
<b>NOMBRE</b> (Nombre, segundo nombre, apellido, preferido)						
Fecha de nacimiento						
Número de Seguro Social						
Relación con el cuidador						
Sexo						
Raza*						
Discapacidad**						
Fecha de redeterminación:						
Fecha de redeterminación:						
Elegible para servicios:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Elegible para servicios en la redeterminación:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Elegible para servicios en la redeterminación:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Motivo de la colocación con el familiar						
Fecha de colocación						

\*Información recopilada para combinar la información demográfica; no afecta la elegibilidad de servicios.

\*\*Información compartida solo para ayudar con la planificación del caso; no afecta la elegibilidad de servicios.

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Expediente de caso del Programa Familiar Cuidador  
CS-0618-SP (Rev 9/19)

<b>(continuación)</b>	<b>Niño 1</b>	<b>Niño 2</b>	<b>Niño 3</b>	<b>Niño 4</b>	<b>Niño 5</b>	<b>Niño 6</b>
¿Todos(as) los(as) hermanos(as) están juntos(as)?						
Tipo de seguro médico						
¿El niño tiene un médico de atención primaria?						
¿El niño tiene un dentista?						
Colocación previa						
Escuela a la que asiste						
Nivel de educación						
Educación especial						
Necesidades especiales						

### INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

	<b>Primario</b>	<b>Secundario</b>
<b>NOMBRE</b> (Nombre, segundo nombre, apellido, preferido)		
Número de Seguro Social		
<b>Fecha de nacimiento</b>		
<b>Estado civil</b>	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
<b>Raza*</b>		
Discapacidad**		

\*Información recopilada para combinar la información demográfica; no afecta la elegibilidad de servicios.

\*\*Información compartida solo para ayudar con la planificación del caso; no afecta la elegibilidad de servicios.

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Expediente de caso del Programa Familiar Cuidador  
CS-0618-SP (Rev 9/19)

<b>Sexo</b>		
<b>Empleado</b>		
<b>Nivel educativo</b>		
<b>Médico de atención primaria</b>		
<b>Dentista</b>		
<b>Seguro médico</b>		

**COMENTARIOS/NOTAS DE LA REDETERMINACIÓN:**

**FUENTE DE LA REFERENCIA**

¿Cómo la familia se enteró del RCP?	<input type="checkbox"/> En persona	<input type="checkbox"/> Agencia (incluyendo la iglesia)	<input type="checkbox"/> Difusión de RCP	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Otro
Si una agencia hizo la referencia: Nombre de la agencia					
Dirección				Número de teléfono	
Nombre del amigo u otra información de referencia					
Motivo de la referencia					
¿Se prestan otros servicios en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Si respondió "Sí", Indique los servicios:					
¿La familia desea estar en la lista de correo para grupos de apoyo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

CM/FA asignado

Nombre

Apellido

Fecha asignado

Firma del Supervisor

Fecha

\*Información recopilada para combinar la información demográfica; no afecta la elegibilidad de servicios.

\*\*Información compartida solo para ayudar con la planificación del caso; no afecta la elegibilidad de servicios.

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Expediente de caso del Programa Familiar Cuidador

CS-0618-SP (Rev 9/19)



RDA 2982

Página 4

**MOTIVO DEL CIERRE:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA BIOLÓGICA DEL NIÑO**

Nombre de la madre  
biológica

\_\_\_\_\_  
*Nombre*

\_\_\_\_\_  
*Segundo nombre/apellido de  
soltera*

\_\_\_\_\_  
*Preferido*

\_\_\_\_\_  
*Apellido*

¿El objetivo es la reunificación?  Sí  No Si no, ¿por qué?

Dirección:

Código  
postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Calle*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad*

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del padre  
biológico

\_\_\_\_\_  
*Nombre*

\_\_\_\_\_  
*Segundo nombre*

\_\_\_\_\_  
*Preferido*

\_\_\_\_\_  
*Apellido*

¿El objetivo es la reunificación?  Sí  No Si no, ¿por qué?

Dirección:

Código  
postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Calle*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad*

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Comentarios adicionales:**

\*Información recopilada para combinar la información demográfica; no afecta la elegibilidad de servicios.

\*\*Información compartida solo para ayudar con la planificación del caso; no afecta la elegibilidad de servicios.

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Expediente de caso del Programa Familiar Cuidador

CS-0618-SP (Rev 9/19)

**OTROS ADULTOS QUE VIVEN EN LA CASA**

	<b>Adulto 1</b>	<b>Adulto 2</b>	<b>Adulto 3</b>	<b>Adulto 4</b>
<b>II. NOMBRE</b> (Nombre, segundo nombre, apellido, preferido)				
Número de Seguro Social				
<b>Fecha de nacimiento</b>				
<b>Raza*</b>				
Discapacidad**				
<b>Sexo</b>				
<b>Empleado</b>				
<b>Número de teléfono alterno</b>				
<b>Número de teléfono del trabajo</b>				
Relación con el cuidador				

**COMENTARIOS/NOTAS DE LA REDETERMINACIÓN:**

Nota: Haga copias de este formulario para múltiples niños con múltiples padres.

\*Información recopilada para combinar la información demográfica; no afecta la elegibilidad de servicios.

\*\*Información compartida solo para ayudar con la planificación del caso; no afecta la elegibilidad de servicios.

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Expediente de caso del Programa Familiar Cuidador

CS-0618-SP (Rev 9/19)