

Recursos de Apoyo a la Familia

***Grupo u Organización de Apoyo:** _____

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

***Grupo u Organización de Apoyo:** _____

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

***Organización Religiosa:** _____

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

***Servicios de Conserjería:** _____

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

***Centro de Servicios para las personas con discapacidades (DSPD):** _____

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

***Otros:** _____

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

***Otros:** _____

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Seguro, Etc.

***Compañía #1 de Seguro:** _____
Número de Póliza: _____
Persona de Contacto/Título: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

***Compañía #2de Seguro:** _____
Persona de Contacto: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

***Medicaid** (HMO Nombre si esto se aplica – este es el nombre de la compañía que se encuentra arriba del nombre de su niño/a y el número de identificación de la tarjeta medica):

Numero de ID: _____
Trabajador Elegible: _____
Dirección de la Oficina del trabajador elegible: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

***Suplemento del Seguro Social (SSI):** _____
Persona de Contacto/Título: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

***Otro:**
Número de Póliza: _____
Persona de Contacto/Título: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Notas: _____

