columbia ABILITY ALLIANCE | Nexus Youth Club

SOLICITUD DEL NEXUS YOUTH CLUB

Esta solicitud debe completarse antes de participar en nuestro programa.

Por favor, indique su horario previsto:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Sesión de Tarde:	☐	☐	☐	☐	☐

Ubicación: ☐ Kennewick ☐ Pasco

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre Del Solicitante: _____

Dirección Física Del Solicitante: _____

Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer

Escuela del solicitante: _____

¿Cómo planea transportar a su hijo/a al Club Juvenil Nexus? _____

Talla de Camisa: _____ **¿Cómo se enteró de nosotros?** _____

PERSONA RESPONSABLE DE LOS PAGOS

¿Cómo planea realizar el pago? ☐ Fondos de Respiro de DDA ☐ Pago privado

Nombre Del Responsable Del Pago: _____

Relación Con El Solicitante: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

ORIGEN RACIAL/ÉTNICO

La Información Que Se Muestra A Continuación Es Voluntaria. *(Marca todas las opciones que correspondan)*

☐ Blanco/Caucásico ☐ Hispano ☐ Afroamericano/Negro ☐ Asiático/Islas del Pacífico

☐ Indígena americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Otro: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor, indique dos contactos de emergencia por si uno no está disponible.

Primer Contacto De Emergencia: _____

Relación Con La Persona Solicitante: _____ **Teléfono:** _____

Contacto Secundario: _____

Relación Con La Persona Solicitante: _____ **Teléfono:** _____

Nombre De La Persona Responsable Del Caso: _____ **Teléfono:** _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Indique La Discapacidad Principal: _____

Por favor, marque todas las discapacidades y/o condiciones médicas que correspondan. *Si marca alguna, explique.*

☐ Audición ☐ Visión ☐ Diabetes ☐ Discapacidad del desarrollo

☐ TDA/TDAH ☐ Crisis Epilépticas ☐ Discapacidad de aprendizaje

☐ Enfermedad cardíaca ☐ Habilidades motoras finas ☐ Habilidades motoras gruesas

☐ Usa silla de ruedas ☐ Enfermedad mental ☐ Limitaciones físicas ☐ Cuestiones médicas

Explique las discapacidades y/o condiciones médicas marcadas anteriormente. _____

_____

_____

Nombre Del Médico De La Persona Solicitante: _____

☐ Por favor, indique si el/la solicitante puede ser trasladado/a al hospital más cercano en caso de emergencia.

Preferencia De Hospital: _____

Medicamentos: *(Incluya la dosis, p. ej. Vitamina C 200mg)* _____

_____

¿El participante necesitará tomar medicamentos durante su asistencia al programa? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿necesita ayuda con la administración? ☐ Sí ☐ No

Alergias: ☐ No se conocen alergias ☐ Estacionales ☐ Picaduras de abeja ☐ Cacahuetes

Otras Alergias: _____

Requerimientos Alimentarios: _____

¿El solicitante cuenta actualmente con un plan de conducta? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, adjunte una copia junto con la solicitud.

INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

Por Favor, Califica Las Siguientes Categorías De Habilidades En Una Escala Del 1 al 5.
(1 = Requiere apoyo | 5 = Totalmente independiente))

☐ Comunicación verbal	☐ Utiliza Signos/Gestos	☐ Recibe ayuda para ir al baño
☐ Iniciar Actividades	☐ Es capaz de regular el volumen de su voz	☐ Come y Bebe
☐ Consciente del espacio personal	☐ Puede seguir instrucciones	☐ Mantiene la limpieza y el orden
☐ Controla la ira y las emociones	☐ Respeta la propiedad ajena	☐ Movilidad independiente

PREGUNTAS ADICIONALES

1. Indica actividades favoritas específicas u otros intereses. *(Bolos, informática, música, arte, etc.)*

_____

_____

2. ¿Qué objetivos le gustaría que el participante logre al participar en nuestro programa?

_____

_____

3. ¿Qué personas y/o entidades están autorizadas para ofrecerte servicios de transporte?
(por ejemplo, The Arc, transporte público, Dial-a-Ride. Si se trata de personas, por favor indica la relación.)

_____

_____

NORMAS DE MEMBRESÍA DE COLUMBIA ABILITY ALLIANCE

1. **Elegibilidad y Solicitud:** La elegibilidad se determina después de recibir una solicitud completa, confirmar el compromiso con los Derechos y Responsabilidades del programa y revisar el nivel general de apoyo necesario. Antes de participar, puede requerirse una visita guiada para confirmar que el programa sea adecuado. La participación continua requiere el pago de las cuotas correspondientes indicadas a continuación.
2. **Revisión de Solicitudes:** La Gerente y la Supervisora de Actividades revisarán las solicitudes lo antes posible para determinar si podemos apoyar eficazmente al solicitante en nuestro programa. Para mantener una relación exitosa y continua, la Gerente revisará periódicamente nuestra capacidad para apoyar a cada participante. Si se determina que el programa no puede apoyar de manera segura a un participante, esa persona no podrá continuar asistiendo a las sesiones.
3. **Pago de Cuotas:** Nexus ofrece una sesión. Las cuotas de asistencia se facturan al inicio de cada mes por la asistencia del mes anterior. El pago debe realizarse dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha de la factura. Los avisos por pago tardío se incluirán en la factura correspondiente cada mes. El pago debe enviarse o entregarse en la oficina principal de Columbia Ability Alliance, ubicada en: 900 S. Dayton St., Kennewick, WA 99336. Si una factura tiene 60 días de retraso, se enviará un aviso y la asistencia del participante podrá suspenderse hasta que la cuenta esté pagada en su totalidad.

Tipo de Servicio	Tarifas	Notas
Servicios de Respiro	6 Unidades Por Sesión	Facturado según las sesiones asistidas
Pago Privado	$35.00 Por Sesión	Facturado según las sesiones asistidas

4. **Responsabilidad y Conducta del Participante:** Se espera que los participantes se comporten de manera apropiada. Esto incluye, entre otras cosas, mostrar respeto y consideración hacia otros participantes y el personal, seguir las instrucciones del personal, manejar el enojo y las emociones, y respetar el espacio personal y la propiedad ajena. El programa no está preparado para abordar conductas severas. Si el comportamiento de un participante se vuelve disruptivo, inseguro o violento hacia sí mismo o hacia otras personas, podrá ser enviado a casa de inmediato y no se le permitirá continuar participando en el programa. **Cualquier acto de violencia resultará en la expulsión inmediata.**
5. **Supervisión:** La proporción de participantes por miembro del personal puede variar. No es posible ofrecer supervisión individual (uno a uno). Las personas que requieran este nivel de supervisión para mantener un comportamiento seguro y respetuoso no podrán participar, a menos que la familia, tutor o proveedor proporcione dicho apoyo individual.
6. **Asistencia personal:** El personal puede brindar asistencia continua en las rutinas diarias, excepto en **la administración de medicamentos o en asistencia para el uso del baño que requiera transferencias de silla a inodoro**. El personal puede ayudar con la preparación básica de alimentos (por ejemplo, cortar alimentos o abrir refrigerios), ponerse y quitarse ropa exterior (abrigos, gorros, guantes) y rutinas de higiene con asistencia mínima a moderada (como abotonar o desabotonar pantalones, lavado de manos y recordatorios de higiene). También se brindará apoyo para abordar el transporte del programa y durante salidas comunitarias. Se ofrecerán indicaciones verbales y recordatorios. La redirección física solo se utilizará para prevenir un peligro inmediato.
7. **Emergencias:** En caso de emergencia, el personal seguirá los procedimientos estándar de primeros auxilios y RCP y se comunicará con el contacto de emergencia designado lo antes posible. En situaciones que no requieran llamar al 911, se espera que el padre, madre, tutor o proveedor recoja al participante dentro de un plazo de 30 minutos. Es esencial contar con un número de emergencia actualizado y en funcionamiento en el expediente.
8. **Participación:** Ofrecemos una variedad de actividades cada día y animamos a todos a participar. Los participantes que decidan no unirse a una actividad podrán seleccionar otra actividad apropiada y productiva. Las actividades con cupo limitado se ofrecerán por orden de llegada. Algunas salidas pueden tener un costo adicional, como se indica en el calendario trimestral. Para las personas que regularmente opten por no participar en actividades, recomendamos que el proveedor o cuidador traiga una actividad apropiada desde casa.
9. **Transporte y Llegada/Salida:** El transporte hacia y desde el programa debe ser organizado por el participante o su proveedor y debe coincidir con el horario del programa. La llegada y salida deben realizarse dentro de los 15 minutos antes o después del horario establecido. La recogida tardía o llegada anticipada fuera del tiempo permitido puede resultar en un cargo adicional de **$5 por cada 15 minutos** de supervisión adicional, salvo que el retraso se deba a The Arc o al servicio Dial-a-Ride.

Declaro que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y correcta. He leído, entendido y acepto las Normas de Membresía de Columbia Ability Alliance. Acepto plena responsabilidad por mi participación en cualquier equipo o como pasajero(a) en cualquier vehículo operado por Columbia Ability Alliance o su personal. Asimismo, acepto plena responsabilidad por el pago de las cuotas correspondientes.

Si alguna de la información requerida en esta solicitud cambia, notificaré al personal lo antes posible al 509.582.4142. Entiendo que, si no lo hago, esto puede afectar la capacidad de Columbia Ability Alliance para brindarme servicios de manera segura.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del proveedor residencial/tutor/padre/madre: _____ **Fecha:** _____