

Solicitud de Servicios

Por favor complete y envíe por correo, fax, o correo electrónico a:

Brain Injury Connections del Valle de Shenandoah
755 Martin Luther King Jr Way, MSC 9020
Harrisonburg, VA 22801
Teléfono: (540) 568-8923
Fax: (540) 568-8864
info@bicsv.org



**Brain Injury
Connections**
of the Shenandoah Valley

Por favor proporcione la siguiente información para la persona que necesita los servicios:

Nombre: _____ Teléfono de casa: (____) _____

Dirección: _____ Otro teléfono: (____) _____

Número de apartamento: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado: _____ Código postal: _____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Ciudad/Condado de residencia: _____ Género: ____ Masculino ____ Femenino

Usted tiene un representante legal? __ No__ Si Si es sí, por favor proporcione el nombre y relación:

Nombre: _____ Relación: _____

Por favor adjunte/presente la documentación de representación legal.

¿Cuál es el mejor método de comunicarse con el solicitante y/o representante(s) legal o cuidador?

Nombre: _____ Información de contacto: _____

Nombre: _____ Información de contacto: _____

Información de la lesión cerebral:

Fecha de la lesión: _____

Causa de la lesión: _____

Brevemente describa los problemas que usted pueda estar teniendo como resultado de su lesión cerebral, incluyendo la ayuda que pueda necesitar:

¿Cuál de las evaluaciones siguientes ha usted completado? (Por favor proporcione una

copia y nombre del proveedor):

- ☐ Neurológico
☐ Neuropsicológico
☐ Psicológico / Psiquiátrico
☐ Terapia (Física, Ocupacional, del Habla)
☐ Otros

Si asiste a la escuela, usted (cliente) tiene un:

- ☐ IEP
☐ Plan 504

Si lo tiene, por favor proporcione una copia del plan.

¿Cómo escuchó de nuestros servicios?

- | | |
|--|---|
| ☐ Agencia comunitaria | ☐ Presentación o evento comunitario |
| ☐ Panfleto | ☐ Internet /Sitio Web |
| ☐ Department for Aging and Rehabilitative Services (DARS) | ☐ Brain Injury Assoc. de Virginia (BIAV) |
| ☐ De un familiar o amigo | ☐ Médico |
| | ☐ Otro _____ |

Información de referencia:

Nombre de la persona que completó la solicitud: _____

Compañía /Organización: _____

Dirección: _____ No. de apartamento _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Relación con el solicitante: _____ Firma: _____

☐ Soy el solicitante y me gustaría recibir los servicios de Brain Injury Connections del Valle de Shenandoah.

☐ Estoy solicitando en nombre de otra persona como su representante legal. La persona (solicitante) está consciente de que esta solicitud está siendo presentada en su nombre y que desea los servicios.

Marque uno - El solicitante o representante de la persona solicitando los servicios (Por favor adjunte/presente la documentación de representación legal.)

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ **Fecha:** _____

*** Nota: Si usted es un proveedor que trabaja para otra agencia u organización comunitaria y presenta esta solicitud en nombre de otra persona, la persona debe firmar arriba como solicitante (a menos que usted sea un representante legal), por favor obtenga el consentimiento e incluya cualquier documentación médica u otra documentación relevante con esta solicitud. Puede enviar los registros por fax al (540) 568-8864.*