



Regional Offices

- Northwest Region - 4030 Esplanade Way, Suite 280, Tallahassee, FL 32399-2949
Phone: (850) 487-1992, Fax: (850) 488-3763
- Northeast Region - 3631 Hodges Boulevard, Jacksonville, FL 32224
Phone: 1-844-766-7517, Bldg. A - Fax: (904) 992-2430, Bldg. B - Fax: (904) 992-2442
- Central Region 400 West Robinson Street, Suite S-430, Orlando, FL 32801
Phone: (407) 245-0440, Fax: (407) 245-0578
- Suncoast Region - 1313 North Tampa Street, Suite 515, Tampa, FL 33602
Phone: 1-800-615-8720, Fax: (813) 233-4302
- Southeast Region - 111 South Sapodilla Avenue, Suite 204, West Palm Beach, FL 33401
Phone: 1 (844) 766-7520, Fax: (561) 837-5598
- * Southern Region - 401 NW 2nd Avenue, Suite South – 811. Miami, FL 33128
Phone Number: (305) 349-1478. Fax: (305) 377-5028

Area Staff

Zip Code Distribution List

Area of Responsibility	Staff Name	Email Address	Phone Number
Regional Operations Manager/ ROM	Evelyn Alvarez	305-377-5792	Evelyn.Alvarez@apdcares.org
Admin Asst. to ROM	Carmen Toledo	305-377-5783	Carmen.Toledo@apdcares.org
Deputy, Regional Operations Manager/ROM	Sherab Chodron	305-377-5089	Sherab.Chodron@apdcares.org
Background Screening	Hillary Jackson - for CDC+ consumers' employees, only	305-808-6251	hillary.jackson@apdcares.org
Background Screening	Yugoslavia Marte - Regionwide	305-377-5203	yugoslavia.marte@apdcares.org
Background Screening	Arnaldo Ramos - Regionwide	305-377-7133	arnaldo.ramos@apdcares.org
Behavior Analysis	Michael Wesolowski, Ph.D.	305-377-7266	Michael.Wesolowski@apdcares.org
Behavior Analysis	Enrique Molina, Ph.D.	305-349-1434	Enrique.Molina@apdcares.org
CDC+ - Consumer Direct Care Plus	Hillary Jackson	305-808-6251	Hillary.Jackson@apdcares.org
* Consumer Application/Intake	Rebeca Garcia-Sotelo	305-377-7101	Rebeca.Garcia-Sotelo@apdcares.org
* Crisis Committee	Diana Flores	305-810-1016	Diana.Flores@apdcares.org
Budget Manager	Maria Linares	305-377-5140	Maria.Linares@apdcares.org
Forensics	Hilda Fluriach, Esq	305-377-5752	hilda.fluriach@apdcares.org
Licensing and Facilities Monitoring	Kirk Ryon	305-377-7436	Kirk.Ryon@apdcares.org
Medical Case Management, R.N.	Brenda Viera	305-377-5076	Brenda.Viera@apdcares.org
Provider Enrollment	Kirk Ryon	305-377-7436	Kirk.Ryon@apdcares.org
QSI: Questionnaire for Situational Information	Rebeca Garcia-Sotelo	305-377-7101	Rebeca.Garcia-Sotelo@apdcares.org
Quality Assurance	Kirk Ryon	305-377-7436	Kirk.Ryon@apdcares.org
Residential Planning	Cary Dashiff	305-377-7269	Cary.Dashiff@apdcares.org
* Supported Employment	Michelle Alamo	305-349-1299	Michelle.Alamo@apdcares.org
Supported Living	Roland Berthold	305-377-5378	Roland.Berthold@apdcares.org
Training Coordinator	Maxine Johnson	305-377-5273	Maxine.Johnson@apdcares.org
Waiver Support Coordination	Hillary Jackson	305-808-6251	hillary.jackson@apdcares.org
* Wait List Management	Niurka Romero	305-377-5593	Niurka.Romero@apdcares.org
FCC Liason	Diana Flores	305-810-1016	Diana.Flores@apdcares.org

Disabilities Served by APD

In order to be eligible for services, an individual must have a developmental disability which occurs prior to age 18. Disabilities served include Intellectual Disability, Autism, Spina Bifida, Cerebral Palsy, Prader-Willi syndrome, Down syndrome, or individuals between the ages of 3-5 at high risk for a developmental disability. As part of the application process, APD will request proof of a developmental disability diagnoses as describe below. If you have the proof of eligibility that you can provide with your application, it will streamline the eligibility review process. Otherwise, APD will assist you in obtaining the information. Documentation of a developmental disability may include, but is not limited to school records, testing, or medical records.

Intellectual Disability: Individuals with intellectual disabilities have significantly sub average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior which manifest before the age of 18 and can reasonably be expected to continue indefinitely. This is evidenced by IQ scores below 70, along with severe deficits in adaptive functioning as measured on standardized tests. Intellectual disabilities are determined by licensed psychologists.

Autism: Autism means a pervasive, neurologically based developmental disability of extended duration which causes severe learning, communication, and behavior disorders with age of onset during infancy or childhood. Individuals with autism exhibit impairment in reciprocal social interaction, impairment in verbal and nonverbal communication and imaginative ability, and a markedly restricted repertoire of activities and interests. A diagnosis of autism may be made by licensed psychiatrists, psychologists, neurologists, or developmental pediatricians who have specific training and experience in making such diagnosis.

Spina Bifida: Individuals with Spina Bifida have a medical diagnosis of spina bifida cystica or myelomeningocele. Diagnosis is confirmed by written documentation from either a medical doctor, doctor of osteopathy, or medical records that document a diagnosis of spina bifida cystica or myelomeningocele before the age of 18.

Cerebral Palsy means a group of disabling symptoms of extended duration which results from damage to the developing brain that may occur before, during, or after birth and that results in the loss or impairment of control over voluntary muscles. For the purposes of this definition, cerebral palsy does not include those symptoms or impairments resulting solely from a stroke. Diagnosis is confirmed by written documentation from either a medical doctor, doctor of osteopathy, or other medical records documenting a diagnosis of cerebral palsy before the age of 18.

Prader-Willi syndrome: Prader-Willi syndrome means an inherited condition typified by neonatal hypotonia with failure to thrive, hyperphagia or an excessive drive to eat which leads to obesity usually at 18 to 36 months of age, mild to moderate intellectual disability, hypogonadism, short stature, mild facial dysmorphism, and a characteristic neurobehavior. Diagnosis is confirmed by written documentation from either a medical doctor, doctor of osteopathy, medical records that document a diagnosis of Prader-Willi syndrome before the age of 18.

Down syndrome: Down syndrome means a disorder caused by the presence of an extra chromosome 21. Evidence under this category requires medical records documenting a chromosome analysis (also referred to as a karyotype) finding the individual has an extra genetic material on their number 21 chromosome.

High Risk: Individuals considered high risk are children ages 3 to 5 years old with either a developmental delay in cognition, language, or physical development, a child surviving a catastrophic infectious or traumatic illness known to be associated with developmental delay, child with a parent or guardian with developmental disabilities who requires assistance in meeting the child's developmental needs, or a child who has a physical or genetic anomaly associated with developmental disability.

Phelan-McDermid syndrome: Children are born with a specific chromosomal abnormality. Although the range and severity of symptoms may vary, Phelan-McDermid syndrome is generally characterized by low muscle tone, absent to severely delayed speech, moderate to profound intellectual disability, minor malformed or misshapen features, symptoms of autism spectrum disorder, motor delays, and epilepsy.

List of general Services in Medwaiver

APD offers a wide range of social, medical, residential, and behavioral services. The following is a list of services offered. Services provided are based on need and coverage criteria, so not all individuals receive all services.

- Adult Dental
- Behavior Analysis
- Behavior Assistant
- Life Skills Development 1- Companion
- Life Skills Development 2 – Supported Employment
- Life Skills Development 3 – Adult Day Training
- Therapies: Dietician, Occupational, Speech, Physical, Respiratory, Specialized Mental Health Counseling
- Environmental Accessibility Adaptations
- Durable Medical Equipment
- Consumable Medical Supplies
- Personal Supports
- Supported Living Coaching
- Support Coordination
- Transportation
- Nursing
- Residential Habilitation
- Respite
- Special Medical Home Care
- In-Home Subsidies
- Family Care
- Recreation
- Assessments and Medical Evaluations
- Support Planning
- Psychological Evaluations
- Interpreter Services
- Parent Training
- Competency Training
- Personal Emergency Response Systems



agency for persons with disabilities
State of Florida

REFERRAL FORM

DATE: _____

APPLICANT LEGAL NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____ SOCIAL SECURITY: _____

SERVICES REQUESTED: _____

WAIVER REQUESTED: YES__ NO__ MEDICAID: YES__ NO__ M__ or F__

PREFERRED LANGUAGE OF APPLICANT/GUARDIAN: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

ADDRESS:

APPLICANT'S: _____

_____ FL ZIP CODE: _____

PARENT/GUARDIAN'S: _____

_____ FL ZIP CODE: _____

MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT): _____

PHONE HOME: _____ OTHER: _____

EMAIL ADDRESS: _____

REFERRAL SOURCE: _____ PH: _____

OTHER INFORMATION: _____

IS CHILD A CBC CLIENT?__ CHILD IN FOSTER CARE __ UNDER PROTECTIVE SUPERVISION/COURT __
CASEWORKER'S NAME/TELEPHONE # _____

SUSPECTED DIAGNOSIS: __HIGH RISK __AUTISM __INTELLECTUAL DISABILITY __SPINA BIFIDA
__DOWN SYNDROME __PRADER-WILLI SYNDROME __CEREBRAL PALSY __PHELAN-MCDERMID

APPLICATION TO BE SENT: __MAIL or __EMAIL

PERSON COMPETING INTAKE: _____

ASSIGNED WORKER: _____ DATE AREM UPDATED: _____

**ELIGIBILITY DETERMINATION DOCUMENTATION CHECK LIST
FOR THE DISABILITIES INCLUDED IN THE PROGRAM: INTELLECTUAL DISABILITIES, AUTISM,
CEREBRAL PALSY, SPINA BIFIDA, DOWNS SYNDROME AND PRADER WILLI SYNDROME**

The applicable documentation from the following list is required for the eligibility process and must be received in this Office no later than 30 days from date of receipt of this checklist:

The enclosed APPLICATION FORM must be completed and signed by: the parent if applicant is under 18 years of age; the Applicant if he/she is over 18 years of age; or the Court assigned Legal Guardian, as applicable, and returned to this Office within 30 days.

COPY OF THE APPLICABLE DOCUMENTATION FROM THE LIST BELOW IS BEING REQUESTED.

FOR ALL APPLICATIONS UNDER ANY OF OUR 6 TYPES OF DISABILITIES :

DEMOGRAPHIC DOCUMENTATION

- Applicant's Birth Certificate
- Immigration Documents (copy front and back) See Section 8 of Application for Services
- Applicant's Award Letter from (Social Security) SSDI or SSI Benefits
- Applicant's Medicaid, Medicare, and any Health Insurance Card
- Applicant's Photo ID Verification: See Section 5 of the Application for Services
- For Parent's or Legal Guardian's, Florida Driver License or Photo Identification with actual address.
- Custody, Guardianship or Durable Power of Attorney Documents for parents or others representing applicants. (See Section 6 of Application for Services)
- For Active Duty Military Service Members: See Section 2 of Application for Services.

MEDICAL DOCUMENTATION

- Any Neurologist or Medical Report/Information, Tests/Evaluations related to disabilities
- All Psychological Evaluations and other Tests done by other Agencies or Privately
- Current Therapies Reports/Evaluations, particularly on Behavior (ABA) therapies.
- Letter from Psychiatrist providing Diagnosis, Prognosis and Course of Psychiatric Treatment
- List of medications and dosages
- Other: (i.e. case notes, progress notes, incidents reports, etc.)

**FROM EARLY STEPS AND DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS OR OTHERS STATES -- OTHER SCHOOLS
(very important for applicants under INTELLECTUAL DISABILITIES and AUTISM)**

- Early Steps/Early Intervention Programs Evaluations/Family Support Plan, Florida Diagnostic and Learning Resource System (FDLRS) or PRE-K Evaluation
- ALL Multidisciplinary Team Reports (MTR) including Independent Behavior Scales and Developmental/Social History
- Last 3 Child Study Team (CST) Reports and/or Re-evaluation Team (RT) Reports.
- Current Individual Educational Plan (IEP)

MEDICAL DISABILITY DOCUMENTATION SPECIFIC FOR:

- *Cerebral Palsy, Spina Bifida, Prader Willi Syndrome or Downs' Syndrome:* Doctor signed Medical Diagnosis Letter.
- *Prader Willi Syndrome, or Downs' Syndrome:* Medical Genetic Test/Diagnosis.

ADDITIONAL DOCUMENTATION REQUIRED FOR ALL APPLICANTS OVER 18 YEARS OF AGE:

The Applicable Documentation from the list above, specific for applicant's Developmental Years Period (birth up to 18 years of age); if documentation is not available explain the reason, and provide a statement/letter with detailed information about that period, signed by parents/adult family member.

You may be contacted by one of our Agency's Psychologist if additional information is needed.

Please contact us as soon as possible through our phone # 305 8101018 if you have any questions or cannot provide the requested information on time. Failure to do so may result in our inability to process this application.

LISTA DE LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD PARA LAS DISCAPACIDADES INCLUIDAS EN NUESTRO PROGRAMA: DISCAPACIDAD INTELECTUAL, AUTISM, PARALISIS CEREBRAL, ESPINA BIFIDA, DOWNS SYNDROME Y PRADER WILLI SYNDROME

La documentacion aplicable de la siguiente lista es necesaria para el proceso de elegibilidad y debe ser recibida en esta Oficina no mas tarde de 30 dias desde de la fecha en que recibe esta lista de verificacion.

El formulario de SOLICITUD DE SERVICIOS adjunto, debe ser completado y firmado: por el padre o madre si el/la solicitante es menor de 18 años de edad; por el/la solicitante si es mayor de 18 años; por el Tutor o Guardian Legal asignado por la Corte, segun corresponda, y debe ser recibido en esta Oficina tambien dentro los de 30 dias.

COPIA DE LA DOCUMENTACION APLICABLE DE LA LISTA SIGUIENTE DEBE SER REMITIDA: PARA TODAS LAS SOLICITUDES BAJO NUESTROS 6 TIPOS DE DISCAPACIDADES:

DOCUMENTACION DEMOGRAFICA

- Certificado de nacimiento Ver Section 8 de la Solicitud de Servicios.
- Documentos de Inmigracion (copiar frente y dorso). Ver Seccion 8 de la Solicitud de Servicios
- Carta de Beneficios: SSDI, SSI de la Oficina del Seguro Social
- Medicaid, Medicare y cualquier tarjeta de Seguro de Salud
- Identificacion con foto del Aplicante. Ver Seccion 5 de la Solicitud de Servicios
- Licencia de Conducir del Estado de la Florida o identificacion con fotografia (ID) con direccion actual, de los padres o Representante Legal.
- Documentos de Custodia, Tutela por la Corte o Poder Notarial Duradero para los padres u otros que representan a los solicitantes (Guardianship Documents). Ver section 6 de la Solicitud de Servicios
- Militares en Servicio Activo: Ver Seccion 2 de la Solicitud de Servicios

DOCUMENTACION MEDICA

- Reporte o Informacion Neurologica o Medica, Tests/Evaluaciones relacionadas con la discapacidad
- Todas las Evaluaciones Psicologicas y otras pruebas realizadas por otras Agencias o privadamente.
- Evaluaciones/Reportes actualizados de las Terapias, particularmente la de Comportamiento (ABA)
- Carta del Psiquiatra con el Diagnostico, Pronostico y Curso del Tratamiento Psiquiatrico.
- Lista de medicamentos y sus dosis
- Otros: (por ejemplo: Notas del Caso, Notas de Progreso, Reportes de Incidentes, etc.)

PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA (EARLY STEPS), ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO, ESTADO U OTRAS (muy importante para las aplicaciones bajo INTELECTUAL DISABILITIES y AUTISMO)

- Evaluaciones del Programa de Intervención Temprana (EIP); Plan de Apoyo para la Familia (Family Support Plan); Diagnostico del Sistema de Recursos de Aprendizaje de la Florida (FDLRS); Pre-Kinder Evaluaciones (Pre-K Evaluations).
- **TODOS** los Reportes del Equipo Multidisciplinario (MTR), *incluyendo* las Escalas de Conducta Independiente y la Historia de Desarrollo Infantil y Social, conducidos por las Escuelas
- Los 3 ultimos Reportes de Estudio del Niño (CST-R) y/o Re-evaluacion Team (RT) de las Escuelas.
- El actual/ultimo Plan Educativo Individual (IEP) de las Escuelas.

DOCUMENTACION MEDICA ESPECIFICA PARA:

- *Paralisis Cerebral, Espina Bifida, Prader Willi Syndrome or Downs' Syndrome:* Carta con el Diagnostico firmada por el Medico.
- *Downs Syndrome or Prader Willi Syndrome:* Prueba Medica Genetica/Diagnostico

DOCUMENTACION ADICIONAL REQUERIDA PARA LOS SOLICITANTES MAYORES DE 18 ANOS DE EDAD

- La documentacion aplicable de la lista anterior especificamente sobre los años de desarrollo del aplicante (nacimiento hasta los 18 años); si la documentacion no puede ser obtenida, explicar la razon, y proveer una declaracion/carta con informacion detallada sobre ese periodo, firmada por los padres o un familiar adulto.

Usted podria ser contactado(a) por uno de los Psicologos de esta Agencia si necesitaramos informacion adicional. En su favor pongase en contacto con nosotros lo antes posible llamando al numero de telefono 305 8101018. Si usted tiene alguna pregunta o no puede proporcionar a tiempo la information solicitada; si usted no lo hace, prodriamos vernos en la imposibilidad de procesar su solicitud.

WAIT LIST PRIORITY CATEGORIES –F.S. 393.065(5)

The APD wait list categories are listed from the highest priority to the lowest. Category 1 is the highest priority. Category 7 is the lowest priority.

Category 1 includes clients deemed to be in crisis as described in rules 65G-1.046 and 65G1.047. Crisis includes homelessness, danger to self or others and caregiver unable to give care.

- Documentation required for change: Documentation for this category requires the completion of a crisis application by the regional office.

Category 2 includes children who are from the child welfare system with an open case in the Department of Children and Family Services' statewide automated child welfare information system.

- Documentation required for change: Only documentation from DCF that confirms the child is in the child welfare system will be accepted.

Category 3 includes clients:

1. **Whose caregiver has a documented condition that is expected to render the caregiver unable to provide care within the next 12 months and for whom a caregiver is required but no alternate caregiver is available;**

- Documentation required for change: A description of the condition or circumstance that renders the caregiver unable to provide care. Documentation must explain the reason the current caregiver can no longer provide the individual's care. If the condition or circumstance is due to a medical condition, a physician's statement must be provided.

2. **Who are at substantial risk of incarceration or court commitment without supports;**

- Documentation required for change: A summary of incidents in which the individual has engaged in dangerous or criminal charges; a summary of incidents in which the individual has engaged in dangerous behavior; a summary of past history of involvement with the court system or law enforcement, any current involvement with the court system or law enforcement; a summary of any past history of multiple arrests, incarceration in jail, prison, or admission to the mentally retarded defendant program.

3. **Whose documented behaviors or physical needs place them or their caregiver at risk of serious harm and other supports are not currently available to alleviate the situation;**

- Documentation required for change: Description of the behaviors or physical needs that are causing the risk or potential harm and the medical treatment provided to the individual or to others because of the individual's behaviors or physical needs; and documentation of the frequency, intensity and duration of behavioral incidents with an explanation of behavioral

intervention that have been used to address the behaviors.

4. Who are identified as ready for discharge within the next year from a state mental health hospital or skilled nursing facility and who require a caregiver but for whom no caregiver is available.

- Documentation required for change: A discharge summary from the facility; a status of available caregivers for the individual and documentation that there are no other available resources or services other than waiver services to meet the individual's needs.

Category 4 includes clients whose caregivers are 70 years of age or older, and for whom a caregiver is required but no alternate caregiver is available, willing or able to provide support, and other government or community resources are not available to provide assistance for the caregiver.

- Documentation required for change: Date of birth of the primary caregiver must be provided as well as documentation that the individual needs a caregiver and no other caregiver is available. Information regarding the health of the caregiver and availability of other caregivers must be included. Acceptable proofs of date of birth include, but are not limited to, birth certificates and state-issued identifications.

Category 5 includes clients who are expected to graduate within the next 12 months from secondary school and need support to obtain or maintain competitive employment, or to pursue an accredited program of postsecondary education to which they have been accepted.

- Documentation required for change: School documentation of the individual's graduation date and documentation there are no other resources other than waiver funded services to provide the individual with support to obtain or maintain a job or pursue post-secondary education.

Category 6 includes clients 21 years of age or older who do not meet the criteria for category 1, category 2, category 3, category 4, or category 5.

- Documentation required for change: Individual's date of birth and that no other category criteria apply. Acceptable proofs of date of birth include, but are not limited to, birth certificates and state-issued identifications.

Category 7 includes clients younger than 21 years of age who do not meet the criteria for category 1, category 2, category 3, or category 4.

- Documentation required for change: Individual's date of birth and that no other category criteria apply. Acceptable proofs of date of birth include, but are not limited to, birth certificates and state-issued identifications.

CATEGORÍAS PRIORITARIAS DE LA LISTA DE ESPERA –F.S. 393.065(5)

Las categorías de la lista de espera de APD se describen desde la prioridad más alta hasta la más baja. La categoría 1 es la prioridad más alta. La categoría 7 es la prioridad más baja.

La categoría 1 incluye a los clientes que se consideran en crisis según se describe en las normas 65G-1.046 y 65G1.047. Las crisis incluyen indigentes, personas que se dañan a sí mismas o a otras personas y un encargado del cuidado que no puede proporcionar el cuidado.

- Documentos necesarios para el cambio: los documentos para esta categoría requieren que la oficina regional complete una solicitud por crisis.

La categoría 2 incluye a niños que provienen del sistema de bienestar infantil con un caso abierto en el sistema de información de bienestar infantil automatizado en todo el estado del Departamento Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services).

- Documentos necesarios para el cambio: solo se procesarán los documentos de DCF que confirman que el niño se encuentra en el sistema de bienestar infantil.

La categoría 3 incluye los siguientes clientes:

1. Aquellos cuyo encargado del cuidado tiene una afección documentada que se prevé que impedirá al encargado del cuidado proporcionar el cuidado dentro de los siguientes 12 meses y aquellos para quienes se requiere un encargado del cuidado pero no cuenta con un encargado del cuidado disponible;

- Documentos necesarios para el cambio: una descripción del estado o circunstancia que impide al encargado del cuidado proveer el cuidado. Los documentos deben explicar la razón por la que el encargado del cuidado actual ya no puede seguir cuidando a la persona. Si la situación o circunstancia se debe a una afección médica, se debe proporcionar una declaración médica.

2. Aquellos que se encuentren en riesgo sustancial de encarcelamiento o que tengan compromisos con un tribunal sin apoyo;

- Documentos necesarios para el cambio: un resumen de los incidentes en los que la persona ha participado en cargos criminales o por poner a alguien en peligro; un resumen de incidentes en los que la persona se haya involucrado en un comportamiento peligroso; un resumen del historial de participación en el sistema de tribunales o entidades del cumplimiento de la ley, cualquier participación actual con el sistema de tribunales o entidades del cumplimiento de la ley; un resumen de cualquier historial de arrestos múltiples, encarcelamiento, prisión o admisión en un programa de acusado con retraso mental.

3. Aquellos cuyos comportamientos documentados o necesidades físicas los sitúan a ellos o a su encargado del cuidado en riesgo de daños graves y otros apoyos no se encuentran actualmente disponibles para remediar la situación;

- Documentos necesarios para el cambio: descripción de los comportamientos o necesidades físicas que ocasionan el riesgo o peligro potencial y tratamiento médico proporcionado a la persona o a otras personas debido a los comportamientos o necesidades físicas de la persona; y documentación de la frecuencia, intensidad y duración de los incidentes conductuales con una

explicación de intervención conductual que se haya utilizado para tratar dichos comportamientos.

4. Aquellos que se identifican como preparados para el alta dentro del siguiente año de un hospital de salud mental estatal o de un centro de enfermería especializada y que requieren de un encargado del cuidado pero no está disponible dicho encargado.

- Documentos necesarios para el cambio: un resumen del alta del centro; disponibilidad de encargados del cuidado para la persona y documentación de que no existen otros recursos o servicios disponibles que no sean los servicios del programa para cubrir las necesidades de la persona.

La categoría 4 incluye clientes cuyos encargados del cuidado que tienen más de 70 años de edad y para quienes se requiere un encargado del cuidado pero no hay disponible un encargado del cuidado alternativo, no está dispuesto o no puede proporcionar apoyo y que no hay otros recursos del gobierno o comunidad disponibles para proporcionar ayuda al encargado del cuidado.

- Documentos necesarios para el cambio: se debe proporcionar la fecha de nacimiento del encargado del cuidado primario al igual que la documentación de que una persona necesita a un encargado del cuidado y ningún otro encargado del cuidado está disponible. Se debe incluir la información relacionada con la salud del encargado del cuidado y la disponibilidad de otros encargados del cuidado. Las constancias aceptables de la fecha de nacimiento incluyen, pero no se limitan a actas de nacimiento e identificaciones emitidas por el estado.

La categoría 5 incluye clientes que se espera que se gradúen dentro de los siguientes 12 meses de la escuela secundaria y necesitan apoyo para obtener o mantener un empleo competitivo o para inscribirse en un programa acreditado de educación superior en el cual fueron aceptados.

- Documentos necesarios para el cambio: la fecha de la documentación escolar de la graduación de la persona y la documentación de que no existen otros recursos que los servicios financiados por el programa para proporcionar a la persona el apoyo para obtener y mantener un empleo u obtener educación superior.

La categoría 6 incluye a clientes mayores de 21 años de edad que no cumplen con los criterios de la categoría 1, categoría 2, categoría 3, categoría 4 o categoría 5.

- Documentos necesarios para el cambio: la fecha de nacimiento de la persona y que no aplica ningún otro criterio de categoría. Las constancias aceptables de la fecha de nacimiento incluyen, pero no se limitan a actas de nacimiento e identificaciones emitidas por el estado.

La categoría 7 incluye clientes menores de 21 años de edad que no cumplen con los criterios de la categoría 1, categoría 2, categoría 3 o categoría 4.

- Documentos necesarios para el cambio: la fecha de nacimiento de la persona y que no aplica ningún otro criterio de categoría. Las constancias aceptables de la fecha de nacimiento incluyen, pero no se limitan a actas de nacimiento e identificaciones emitidas por el estado.



agency for persons with disabilities
State of Florida

Date Received:	_____
EEP Liaison:	_____
Contact Date:	_____
Best Method:	_____
Job Coach:	_____

Date: _____

Employment Enhancement Project (EEP) REFERRAL FORM

The Legislature renewed the appropriation of \$500,000 for use during FY 2016-2017 to assist individuals, ages 18 and up, on the Waiting List. APD has allocated approximately \$2500 per EEP participant to provide Supported Employment coaching, follow-along services for Supported Employment, Assistance in applying for transportation (STS), and paid internships as pathways to competitive employment. This fiscal year individuals meeting the criteria in any Florida county may be considered for participation in the EEP. The intent is for APD, local school districts, collaborating agencies and organizations to work together to assist an additional 200 young adults to secure competitive employment. We anticipate a very successful year, achieving our 2016-2017 goals.

NAME: (Last) _____ (First) _____ (M) _____

DATE OF BIRTH: _____ LAST FOUR OF SS# _____

ADDRESS: _____ ZIP CODE: _____

PHONE: _____ E-MAIL: _____

PARENT/GUARDIAN: _____ PREFERRED LANGUAGE: _____

PREFERRED CONTACT METHOD: E-MAIL PHONE

REFERRAL SOURCE:

SCHOOL/UNIT: _____

ADDRESS: _____ ZIP CODE: _____

CONTACT PERSON: _____ PHONE: _____

INDIVIDUAL/GUARDIAN AWARE OF REFFERAL? YES NO (Name?) _____

DOES INDIVIDUAL HAVE TRANSPORTATION? YES NO (Kind?) _____
(Unit?) _____

CURRENTLY RECIEVING VR SERVICES? YES NO (Counselor?) _____

IS INDIVIDUAL WORKING? YES NO (Interest?) _____
(When?) _____

DOES INDIVIDUAL HAVE WORK EXPERIENCE? YES NO (Where?) _____
INDIVIDUAL CURRENTLY ENROLLED IN (Where?) _____

SCHOOL? YES NO (Graduation date?) _____

ADDITIONAL IMPORTANT INFORMATION: _____

Southern Region/Area 11 Office
Contact: Michelle Alamo, Employment Liaison (305)349-1299
401 NW 2nd Ave S-811 Miami, FL. 33128
Fax: (305)337-7131



agency for persons with disabilities
State of Florida

Fecha recibido:	_____
EEP enlace:	_____
Fecha de contacto:	_____
Mejor método:	_____
Entrenador de empleo:	_____

Date: _____

PROYECTO DE MEJORA DE EMPLEO (EEP) FORMA DE REFERENCIA

La Legislatura renovó la asignación de \$500,000 para uso durante el año fiscal 2016-2017 para ayudar a individuos, 18 años en adelante, en la lista de espera. APD ha asignado aproximadamente \$2500 por participante de EEP para proporcionar entrenamiento de empleo con apoyo, servicios de seguimiento a lo largo de Empleo con apoyo y ayuda en la aplicación para el transporte (STS); prácticas pagadas que pueden ser vías para un empleo competitivo. Este año fiscal individuos que satisfacen los criterios en cualquier condado de Florida pueden ser considerados para participar en EEP. La intención de APD es que los distritos escolares locales, colaborando con las agencias y organizaciones de trabajo colaboren juntos para asegurar que 200 jóvenes adultos adicionales pueden a obtener empleo con sueldo competitivo. Anticipamos que el año fiscal 2016-2017 será muy exitoso.

NOMBRE: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (S) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ÚLTIMOS CUATRO NUMERO SS# _____

DIRECCIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

GUARDIÁN LEGAL: _____ IDIOMA PREFERIDO: _____

MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO: CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO

REFERENCIA DE:

ESCUELA/UNIDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PERSONA DE CONTACTO: _____ TELÉFONO: _____

¿EL INDIVIDUO/GUARDIÁN SABE DE ESTE REFERIDO? SÍ NO (Nombre?) _____

¿EL INDIVIDUO TIENE TRANSPORTE? SÍ NO (Tipo?) _____

¿EL INDIVIDUO ESTA RECIBIENDO SERVICIOS DE VR (VOCATIONAL REHABILITATION)? SÍ NO (Unidad?) _____
(Consejero?) _____

¿EL INDIVIDUO ESTA TRABAJANDO? SÍ NO (Interesar?) _____

¿EL INDIVIDUO TENE EXPERIENCIA DE TRABAJO? SÍ NO (Cuando?) _____
(Dónde?) _____

¿EL INDIVIDUO ESTA INSCRITO EN LA ESCUELA? SÍ NO (Dónde?) _____
(Fecha de Graduación?) _____

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE: _____

Region Sur/Area 11 Oficina
Contacto: Michelle Alamo, Employment Liaison (305)349-1299
401 NW 2nd Ave S-811 Miami, FL 33128
Fax: (305)337-7131