

Servicios diurnos para adultos de St. Ann

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Se evaluará la inscripción de cualquier adulto (21 años o más) que sea apropiado para la guardería para adultos de St. Ann, independientemente de su edad, raza, religión, color, discapacidad, ceguera, estado civil, nacionalidad, sexo, preferencia sexual, patrocinador, o fuente de pago. Todos los solicitantes deberán ser aprobados por el equipo de admisión o su proveedor de atención médica.

DEMOGRAFÍA DE APLICACIÓN

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____.

Dirección _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____.

Fecha de nacimiento:(mm/dd/yyyy) _____ Número de seguro social: _____ Género: M F .

Número de teléfono de casa: _____ Número de celular _____ Electronico: _____

¿Residente del estado de Nueva York?: Si No .

Si no, estado de residencia: _____.

¿Ciudadano estadounidense? Si No .

Si no es ciudadano estadounidense, indique el país de origen: _____.

¿Visa permanente? Si No _____.

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro _____.

Raza: Blanco Negro Latino Asiático Otro _____.

Religión: Cristiano Judío Musulmán Hindu Otro _____.

Idioma: Inglés Español Italiano ASL Otro _____.

Programa médico: ¿Qué días le gustaría asistir al programa?

Días: Lunes ___ Martes ___ Miércoles ___ Jueves ___ Viernes ___

Programa social ¿Qué días le gustaría asistir al programa?

Días: Lunes ___ Martes ___ Miércoles ___ Jueves ___ Viernes ___

¿A qué programa se postula? Home Connection Durand

*** El envío de una solicitud no garantiza la inscripción ni significa que un solicitante se colocará automáticamente en una lista de espera. La ubicación solo se ofrece después de que el equipo de admisiones revisa completamente la solicitud y la aprueba para la inscripción. Asistir a un programa médico, su médico de cabecera debe estar de acuerdo.



ST. ANN'S
COMMUNITY
Full of Life

Caring for the most important people on earth

PERSONAS A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

PRIMER CONTACTO: Poder notarial Poder para atención médica

Nombre: _____.

Relación: _____.

Dirección: _____.

Ciudad: _____.

Estado: _____.

Cremallera: _____.

Teléfono de casa: _____.

Teléfono del trabajo: _____.

Número de celular: _____.

SECUNDARIO CONTACTO: Poder notarial Poder para atención médica

Nombre: _____.

Relación: _____.

Dirección: _____.

Ciudad: _____.

Estado: _____.

Cremallera: _____.

Teléfono de casa: _____.

Teléfono del trabajo: _____.

Número de celular: _____.

*** El envío de una solicitud no garantiza la inscripción ni significa que un solicitante se colocará automáticamente en una lista de espera. La ubicación solo se ofrece después de que el equipo de admisiones revisa completamente la solicitud y la aprueba para la inscripción. Asistir a un programa médico, su médico de cabecera debe estar de acuerdo.



ST. ANN'S
COMMUNITY
Full of Life

Caring for the most important people on earth

HISTORIAL MÉDICO (Envíe la divulgación de información firmada además de la solicitud)

Médico de atención primari nombre: _____.

Dirección: _____.

Ciudad: _____ .Estado: _____ .Cremallera: _____.

Telefono de oficina: _____.

Fax: _____.

Diagnóstico de inscripción : _____.

Hospital preferido: _____.

DIRECTIVAS AVANZADAS (Proporcione copias de todas las directivas anticipadas)

Poder para el cuidado de la salud: Sí No

Testamento en vida: Sí No

DNR (No resucitar): Sí No

MOLST: Sí No

DNI (No Intubar): Si No

INFORMACIÓN DE LA FUENTE DEL PAGADOR

(Envíe copias de todas las tarjetas de seguro con la solicitud)

*** El envío de una solicitud no garantiza la inscripción ni significa que un solicitante se colocará automáticamente en una lista de espera. La ubicación solo se ofrece después de que el equipo de admisiones revisa completamente la solicitud y la aprueba para la inscripción. Asistir a un programa médico, su médico de cabecera debe estar de acuerdo.



ST. ANN'S
COMMUNITY
Full of Life

Caring for the most important people on earth

Seguro médico del estado # _____ Parte A Parte B

Medicaid# _____.

LTHHC # _____ . Compañía: _____

Asuntos de los veteranos # _____.

MLTCP # _____ . Compañía: _____

Plan Monroe / Opción Excellus Blue Choice #

Blue Choice Senior / MVP #

Otro seguro # Compañía:

REPRESENTANTE FINANCIERO

(Proporcione copias de los formularios de poder notarial)

Nombre del poder notarial : _____.

Relación : _____.

Número de teléfono : _____.

SITUACIÓN DE VIDA ANTES DE LA APLICACIÓN

¿Vive solo? Si No ¿Vive con otras personas?: Cónyuge Hijo Otro

Tipo de Vivienda: Casa Apartamento Un Piso Dos Pisos Escaleras ¿cuántas? _____

¿Caídas frecuentes? Sí No ¿Fecha del último otoño? _____

¿Número de caídas en los últimos 3 meses? _____

¿Necesita ayuda? Limpieza Preparación de comidas Lavado de ropa Transporte

*** El envío de una solicitud no garantiza la inscripción ni significa que un solicitante se colocará automáticamente en una lista de espera. La ubicación solo se ofrece después de que el equipo de admisiones revisa completamente la solicitud y la aprueba para la inscripción. Asistir a un programa médico, su médico de cabecera debe estar de acuerdo.



ST. ANN'S
COMMUNITY
Full of Life

Caring for the most important people on earth

Equipo médico: Bastón Caminante Silla de ruedas Oxígeno Otro _____.

¿Atención de agencia comunitaria? Sí No

En caso afirmativo, nombre de la agencia: _____

Representante de la agencia: _____

Número de teléfono: _____

¿CÓMO SUBIÓ ACERCA DE ST. ¿LOS SERVICIOS DEL DÍA PARA ADULTOS?

Televisión Periódico Internet Personal de St. Ann Miembro de la familia Médico
Amigo Reputación

SOLICITUD COMPLETADA POR:

Nombre completo en letra de

impresión: _____

Firma _____

Fecha de relación: _____.

¡¡Gracias por buscar nuestros servicios !!

Estado de la misión

La comunidad de St. Ann promueve los más altos niveles de independencia y el bienestar físico y espiritual de los adultos mayores en la tradición católica de excelencia en atención y servicios.

Declaración de la visión

St. Ann's Community será el proveedor y empleador preferido de atención integral, vivienda y servicios para adultos mayores.

*** El envío de una solicitud no garantiza la inscripción ni significa que un solicitante se colocará automáticamente en una lista de espera. La ubicación solo se ofrece después de que el equipo de admisiones revisa completamente la solicitud y la aprueba para la inscripción. Asistir a un programa médico, su médico de cabecera debe estar de acuerdo.