

PO Box 465
Itasca, IL 60143-0465
Phone: (630) 766-0505 x8

APLICACIÓN PARA THE KIDS EQUIPMENT NETWORK

Fecha: _____

PERSONA QUE LE HABLÓ DE NOSOTROS:

Nombre: _____ Dirección: _____
Agencia: _____ Email: _____
Relación con el solicitante: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre del niño: _____ Género: Masculino / Femenino
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____
Dirección: _____ Correo electrónico: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Condado: _____ Código Postal: _____

Diagnóstico /Discapacidad: _____

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Cobertura de Salud (marque su respuesta): Seguro privado (Compañía): _____, Medicaid ,

Cuidado manejado por Medicaid: _____, Otro: _____

Ninguno ^{SEP} ^{SEP} **SOLICITUD DE EQUIPO: Marque la casilla correspondiente** ^{SEP} ☐ Silla de ruedas manual:

☐ autopropulsión ☐ impulsado por otros

☐ inclinación (tilt in space) ☐ amarres (tie downs)

☐ Silla de ruedas eléctrica: funciones necesarias _____

☐ Carriola adaptable (stroller) ☐ Caminador: tipo _____ ☐ Andador (gait trainer)

☐ Muletas: tipo _____ ☐ Stander ☐ Silla de baño/Silla de ducha ☐ Sistema sanitario adaptable

☐ Asiento de coche especializado ☐ Otro: _____

Peso: _____ libras Estatura: _____ pulgadas

NOTA: para equipo ambulatorio (caminadores, muletas, andador, etc) por favor provea altura de piso a muñeca mientras está de pie: _____ pulgadas. ☐ No aplicable.

NOTA: Para equipo para sentarse (silla de ruedas, etc.) complete las medidas en la página 2. ☐ No aplicable.

Declaración de cómo el equipo beneficiará al niño:

[L]
[SEP]

¿Ha solicitado ayuda a otros lugares?: por favor diga a quienes: _____

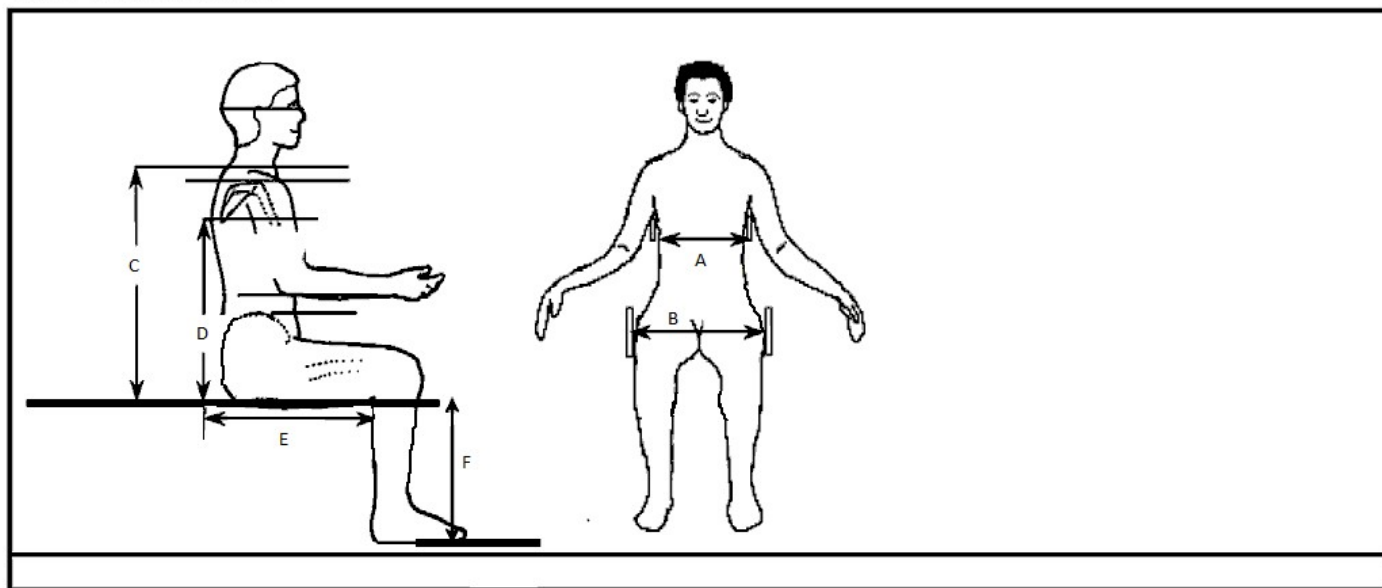
Si afirmativo, por favor provea el estado de las otras solicitudes: (ej: en espera, denegado): _____

☐ le negaron la ayuda, apeló la decisión? Si, fecha de apelación _____ no

Nombre del Solicitante: _____

APLICACIÓN PARA THE KIDS EQUIPMENT NETWORK

MAT EVALUATION:



Por favor provea las medidas en pulgadas

A: Chest Width (anchura de pecho)

	B: Hip Width (anchura de cadera)
	C: Seat to Top of Shoulder (asiento a hombro)
	D: Seat to Inferior Angle of Scapula (asiento a ángulo inferior del omóplato)
	E: Seat Depth (cadera a rodilla)
	F: Lower Leg Length (rodilla a pie)

Notas adicionales: _____

