

## Solicitud de Extensión de Limitación para clientes menores de 21 años

### Limitation Extension Request for Clients Under Age 21

El proceso de Extensión de Limitación le ofrece una manera de decirnos por qué necesita más horas de cuidado personal para completar sus tareas de cuidado personal. Autorizaremos más horas si encontramos que son necesarias para corregir o mejorar su condición, o para evitar que su condición empeore.

Puede usar este formulario y los formularios de Explicación de Tareas de EL para decirnos por qué necesita más horas de las que recibió a través de su solicitud de Valoración y Excepción a la Regla de CARE. Si necesita ayuda para llenar esto y no tiene alguien que le ayude, hablaremos con usted en persona para obtener esta información. Sabemos que los clientes podrían no llenar el formulario o podrían obtener ayuda para llenar el formulario. Usamos la palabra "usted" en el formulario para referirnos al cliente. Siempre que la palabra "usted" esté escrita, se refiere al cliente.

Información básica				
NOMBRE DEL CLIENTE			FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE	
<b>Si una persona distinta al cliente llena este formulario:</b>				
FORMULARIO COMPLETADO POR:			PARENTESCO CON EL CLIENTE	
CORREO ELECTRÓNICO			NÚMERO DE TELÉFONO POR EL DÍA (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	
DIRECCIÓN POSTAL DEL CLIENTE: CALLE DEPARTAMENTO CIUDAD			ESTADO CÓDIGO POSTAL <b>WA</b>	
Solicitud de horas adicionales				
<input type="checkbox"/> Horas de valoración de CARE: <input type="checkbox"/> Horas adicionales de excepción a la regla: <input type="checkbox"/> Horas adicionales solicitadas por Extensión de Limitación:				
Condiciones médicas que requieren asistencia con tareas de cuidado personal				
Explicación de la necesidad				
1. Para cada tarea o tratamiento con los que necesite que alguien le ayude, use el formulario de Explicación de Tareas de EL, DSHS 10-505, para explicar. Use tantos formularios como sean necesarios. Siempre que esté escrita la palabra "usted", se refiere al cliente. 2. Díganos quién le ayuda y cómo le ayuda a realizar cada semana las tareas y tratamientos que describió antes. Siempre que esté escrita la palabra "usted", se refiere al cliente.				
¿Qué ayuda suele recibir por las mañanas de lunes a viernes?				
NOMBRE	¿ESTA PERSONA TIENE 18 AÑOS O MÁS?	¿ESTA PERSONA RECIBE PAGO O NO?	RELACIÓN CON USTED	DESCRIBA EL TIPO Y CANTIDAD DE AYUDA QUE ESTA PERSONA PUEDE DAR
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Qué ayuda suele recibir por las tardes de lunes a viernes?				
NOMBRE	¿ESTA PERSONA TIENE 18 AÑOS O MÁS?	¿ESTA PERSONA RECIBE PAGO O NO?	RELACIÓN CON USTED	DESCRIBA EL TIPO Y CANTIDAD DE AYUDA QUE ESTA PERSONA PUEDE DAR
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Qué ayuda suele recibir al anochecer de lunes a viernes?				
NOMBRE	¿ESTA PERSONA TIENE 18 AÑOS O MÁS?	¿ESTA PERSONA RECIBE PAGO O NO?	RELACIÓN CON USTED	DESCRIBA EL TIPO Y CANTIDAD DE AYUDA QUE ESTA PERSONA PUEDE DAR
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Qué ayuda suele recibir durante la noche?				
NOMBRE	¿ESTA PERSONA TIENE 18 AÑOS O MÁS?	¿ESTA PERSONA RECIBE PAGO O NO?	RELACIÓN CON USTED	DESCRIBA EL TIPO Y CANTIDAD DE AYUDA QUE ESTA PERSONA PUEDE DAR
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Qué ayuda suele recibir los fines de semana?				
NOMBRE	¿ESTA PERSONA TIENE 18 AÑOS O MÁS?	¿ESTA PERSONA RECIBE PAGO O NO?	RELACIÓN CON USTED	DESCRIBA EL TIPO Y CANTIDAD DE AYUDA QUE ESTA PERSONA PUEDE DAR
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

3. Por favor díganos por qué no cuenta con suficiente ayuda de cuidadores no pagados para realizar todas las tareas necesarias. Siempre que la palabra "usted" esté escrita, se refiere al cliente.

Se espera que los padres cuiden de cualquier hijo menor de 18 años, incluso si trabajan o tienen otros hijos. ¿Existen razones distintas al trabajo o a tener otros hijos por las que sus padres (biológicos, padrastros o adoptivos) no pueden proporcionarle suficiente ayuda para realizar sus tareas y tratamientos por sí mismos?

¿Existen otras razones por las que no cuenta con suficiente ayuda no pagada para realizar sus tareas y tratamientos?

4. ¿Nos está proporcionando más información para explicar por qué necesita horas adicionales? En caso afirmativo, puede usar esta tabla para decirnos cómo esta información muestra sus necesidades. Siempre que la palabra "usted" esté escrita, se refiere al cliente.

NOMBRE DEL DOCUMENTO	NÚMERO DE PÁGINAS	¿QUÉ MUESTRA ESTE DOCUMENTO ACERCA DE SUS NECESIDADES O LA DISPONIBILIDAD DE AYUDA NO PAGADA?

**Solicitud de Extensión de Limitación para clientes menores de 21 años**  
**Instrucciones**

**En la sección de información básica:**

- Escriba el nombre del cliente.
- Escriba la fecha de nacimiento del cliente.

**Si una persona distinta al cliente está llenando el formulario:**

- Escriba el nombre de la persona que llena el formulario.
- Describa la relación de la persona que llena el formulario con el cliente.
- Escriba la dirección de correo electrónico de la persona que llena el formulario.
- Escriba el número de teléfono de día de la persona que llena el formulario.
- Escriba la dirección postal del cliente

**Solicitud de horas adicionales**

- Escriba el número de horas autorizadas por su valoración CARE.
- Escriba las horas adicionales autorizadas por Excepción a la regla.
- Escriba las horas adicionales que está solicitando por el proceso de Extensión de Limitación.

**Condiciones médicas que requieren de ayuda con tareas de cuidado personal:**

Explique cualquier condición médica que requiera de asistencia con tareas de cuidado personal.

**Explicación de la necesidad:**

Use los formularios de Explicación de Tarea de EL para explicar **cada** tarea o tratamiento para el que necesite que alguien le ayude. Puede usar tantos formularios como necesite. Hay instrucciones por separado para llenar el formulario de Explicación de Tarea de EL. Asegúrese de leerlas cuidadosamente.

**¿Qué ayuda suele recibir durante el día, durante la noche, o en fines de semana?**

Díganos quién le ayuda y como le ayuda a realizar cada semana las tareas y/o tratamientos listados en los formularios de Explicación de Tarea de EL. Siempre que la palabra “usted” esté escrita, se refiere al cliente.

Para cada persona que le ayude con la tarea o tratamiento, háganos saber sobre esa ayuda para cada parte del día y los fines de semana. Las partes del día listadas en el formulario son las mañanas de lunes a viernes, las tardes de lunes a viernes, el anochecer de lunes a viernes, las noches y los fines de semana.

Escriba el nombre de la persona que le ayuda en la parte del día listada en el formulario (por ejemplo: Su abuelo le ayuda a vestirse en las mañanas de lunes a viernes, o mamá y papá le ayudan a bañarse al anochecer de lunes a viernes, o un cuidador le ayuda a comer el desayuno por las mañanas en fines de semana).

- Si la persona que le ayuda tiene 18 años de edad o más, marque “sí”, y marque “no” si la persona tiene menos de 18 años de edad.
- Si a la persona se le paga para ayudar con la tarea, marque “sí” y marque “no” si la persona no recibe paga por ayudar con la tarea.
- Escriba el tipo de relación que tiene la persona con usted (por ejemplo, padre, hermano, vecino, personal de la escuela).
- Escriba el tipo de ayuda que la persona proporciona y la cantidad de ayuda que proporciona (por ejemplo, abrir recipiente de medicamento, sacar la dosis, colocarla en la mano del cliente, observar que la coloque en su boca y la trague).

Explique por qué no cuenta con suficiente ayuda de cuidadores no pagados para realizar todas las tareas necesarias. Siempre que la palabra “usted” esté escrita, se refiere al cliente.

**Para clientes menores de 18 años, explique las razones, distintas al trabajo o a tener otros hijos, por las que los padres no pueden proporcionar suficiente ayuda para realizar las tareas y tratamientos.**

En el espacio que se proporciona, explique las razones por las que los padres no pueden proporcionar ayuda suficiente para cumplir con las tareas y tratamientos.

**¿Existen otras razones por las que no cuenta con suficiente ayuda no pagada para realizar sus tareas y tratamientos?**

En el espacio que se proporciona explique las razones por las que su ayuda no pagada no es suficiente para realizar las tareas o tratamientos.

¿Está anexando otra información para explicar por qué necesita horas adicionales? En caso afirmativo, puede usar esta tabla para decirnos cómo esta información muestra sus necesidades. Siempre que la palabra “usted” esté escrita, se refiere al cliente.

- Escriba el nombre del documento que está enviando.
- Escriba el número de páginas del documento.
- ¿Qué dice el documento sobre sus necesidades de cuidado personal o la disponibilidad de ayuda no pagada?