



PO Box 49, Umatilla, FL 32784-0049 | 800-523-1673 | [www.elkstherapy.com](http://www.elkstherapy.com) | [cgallant@floridaelkscts.org](mailto:cgallant@floridaelkscts.org)

Estimado Padre/Tutor Legal,

¡Gracias por su interés en los servicios de terapia infantil de los Florida Elks! Florida Elks Children's Therapy Services (FECTS) es un programa que ofrece terapia física y ocupacional gratuita, en el hogar, a niños en el estado de la Florida. Estos servicios son proporcionados por uno de nuestros 30 terapeutas licenciados, empleados por los Florida Elks, que brindan tratamiento, centrado en el niño, junto con educación familiar en todo el estado. Proveemos nuestros servicios a familias que lo necesitan, debido a la ausencia de estos servicios a nivel local o porque el niño está médicamente confinado en el hogar y no consigue terapeuta que venga a la casa a proveer sus servicios.

**La elegibilidad para el tratamiento se basará en varios factores, incluyendo las necesidades médicas y otros criterios, como, entre otros, los siguientes:**

1. El niño debe ser residente de Florida
2. La edad del niño debe estar entre nacimiento y 18 años.
3. El niño debe tener una condición médica que requiera terapia física u ocupacional.
4. El paciente debe tener potencial de rehabilitación.
5. El paciente debe tener necesidad de recibir servicios gratuitos, debido a su situación económica

**Esta solicitud es rellenable (se puede completar en una computadora o con un teléfono inteligente) y se debe enviar por correo electrónico a [cgallant@floridaelkscts.org](mailto:cgallant@floridaelkscts.org). Las solicitudes deben llenarse en su totalidad. Las solicitudes incompletas no serán aceptadas y resultarán en demoras en el procesamiento. Las solicitudes completas pueden ser entregadas por medio de:**

- Correo electrónico: [cgallant@floridaelkscts.org](mailto:cgallant@floridaelkscts.org)
- Fax: 239-309-0209
- Correo Postal: P.O. BOX 49, Umatilla, FL 32784
- Entrega a un terapeuta de FECTS

**En cualquier momento, si tiene alguna pregunta sobre los servicios prestados o la solicitud, no dude en llamar a nuestra oficina al 800-523-1673.**

Gracias,

**Colleen Gallant**

Directora de Florida Elks Children's Therapy Services  
[cgallant@floridaelkscts.org](mailto:cgallant@floridaelkscts.org)



SOLO PARA USO DE OFICINA

Fecha recibida: \_\_\_\_\_ Fecha aprobada: \_\_\_\_\_  
Referido a (terapeuta): \_\_\_\_\_

# Solicitud de servicios

PO Box 49, Umatilla, FL 32784-0049 | 800-523-1673 | [www.elkstherapy.com](http://www.elkstherapy.com) | [cgallant@floridaelkscts.org](mailto:cgallant@floridaelkscts.org)

## Información del niño

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Appellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Años  Meses Sexo:  MASCULINO  FEMENINO  
DD/MM/AAAA

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Terapia solicitada de FECTS:  Física  Ocupacional

¿Ha recibido el niño servicios de FECTS antes?  Sí  No ¿Si afirma, cuando? \_\_\_\_\_

¿Quién le refirió a FECTS? \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela del niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## Información médica

Diagnóstico / inquietudes terapéuticas del niño: \_\_\_\_\_

¿El niño está recibiendo actualmente otras terapias?  Sí  No

Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Médico del niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

¿Seguro médico para niños?  Ninguno  Privado  Seguro de enfermedad  Otro: \_\_\_\_\_

## Información del padre / tutor legal

Padre / Tutor Legal # 1

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primero Appellido DD/MM/AAAA

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Vive con el niño?"  Sí  No

¿Cómo está relacionado con el niño?"  Padre  Abuelo\*  Foster / Adopción\*  Otro\*: \_\_\_\_\_

\* Proporcione los documentos necesarios para demostrar la tutela

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Padre / Tutor Legal # 2

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primero Appellido DD / MM / AAAA

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Vive con el niño?"  Sí  No

¿Cómo está relacionado con el niño?"  Padre  Abuelo\*  Foster / Adopción\*  Otro\*: \_\_\_\_\_

\* Proporcione los documentos necesarios para demostrar la tutela

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Padre / Tutor Legal # 3 (si corresponde)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primero Appellido DD / MM / AAAA

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Vive con el niño?"  Sí  No

¿Cómo está relacionado con el niño?"  Padre  Abuelo\*  Foster / Adopción\*  Otro\*: \_\_\_\_\_

\* Proporcione los documentos necesarios para demostrar la tutela

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información financiera

¿Cuál es el ingreso anual combinado total de su hogar?  \$ 0 - \$ 10,000  \$ 10,000 - \$ 20,000

\$ 20 000 - \$ 30 000  \$ 30 000 - \$ 40 000  \$ 40 000 - \$ 50 000  \$ 50 000 - \$ 75 000  \$ 75,000 y más

### Cuéntenos su historia

¿Cómo puede FECTS ayudarle?

