



*For people with intellectual  
and developmental disabilities*

*Achieve with us.®*



## **El Plan Futuro de**

**Parte 1: Acerca de Mí**

**Parte 2: Dónde Vivo**

**Parte 3: Mis Actividades Diarias y Mis Contactos Sociales**

**Parte 4: Apoyar Mis Decisiones Cotidianas e Importantes  
de la Vida**

**Parte 5: Financiar Mi Futuro**

# PARTE 1: ACERCA DE MÍ

Información general



Nombre completo: \_\_\_\_\_

¿Apodos, otros nombres usados? \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Estado de la Ciudadanía: \_\_\_\_\_

## Mis Familiares

Enumere a dos personas que desempeñan roles de apoyo primario. Pueden ser:

- Sus padres, padrastros
- Usted y sus otros hermanos, hermanastros
- Sus tías/tíos, primos
- Otros familiares

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estatus de Ciudadanía: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estatus de Ciudadanía: \_\_\_\_\_

# PARTE 1: ACERCA DE MÍ

Información general, Acerca de mi familia



## ***Dónde He Vivido:***

*En el espacio proporcionado, enumere los lugares anteriores donde su hijo o hija ha vivido. Asegúrese de indicar cuánto tiempo su hijo o hija vivió allí y qué tipo de hogar fue (por ejemplo: si fue, casa familiar o apartamento).*

Direcciones anteriores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ***Dónde He Estudiado:***

Escuelas a las que asistí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ACERCA DE MI FAMILIA:**

### ***Quiénes Somos***

Mi familia se identifica con esta raza/etnia: \_\_\_\_\_

Mi familia pertenece a esta religión/creencia: \_\_\_\_\_

Estas son nuestras tradiciones/días feriados/ /pasatiempos importantes:

A veces, tenemos luchas. Aquí hay algunos de los desafíos y fortalezas de nuestra familia:



### Contactos Profesionales

Para las siguientes personas:

- Clero de confianza o consejeros espirituales
- Trabajador de caso o personal de apoyo
- Maestro o ex maestros
- Abogado de su familia (si tiene uno)
- Médico de atención primaria, especialistas, terapeutas, farmacéuticos y profesionales de la salud mental
- Fideicomisario, representante del beneficiario, asesor financiero o agente de seguros

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



Vivo...

con familiares

en un hogar que me pertenece

en un hogar que alquilo

en un hogar de otra persona (a menudo conocida como “vivienda compartida”)

en una vivienda de propiedad de un servicio prestado (como una casa de grupo)

En otro lugar (describir): \_\_\_\_\_

### *Completar a continuación solo si eres dueño de tu casa:*

Valor de la propiedad: \_\_\_\_\_

¿A quién debo contactar si necesito llaves de repuesto? \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Información de la hipoteca:

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Pago mensual: \_\_\_\_\_

¿Extracciones automáticas?      Sí      No

Seguro del propietario del hogar:

Asegurador: \_\_\_\_\_ Pago mensual: \_\_\_\_\_

¿Extracciones automáticas?      Sí      No

Información de seguridad:

¿Sistema de seguridad en el hogar?      Sí      No

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_



### *Completar a continuación solo si alquila un hogar :*

Nombre del propietario o de la compañía de alquiler: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Administrador de la propiedad en el lugar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién debo contactar si necesito llaves de repuesto? \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Contrato de alquiler: ¿Cuánto dura el período de alquiler?

Mes a mes

12 meses

24 meses

Otro (describir): \_\_\_\_\_

### *Completar a continuación si vive en una vivienda compartida o en un hogar de propiedad de un proveedor de servicios:*

Agencia/contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién debo contactar si necesito llaves de repuesto? \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Pago mensual: \_\_\_\_\_

¿Extracciones automáticas?      Sí      No

Información de seguridad:

¿Sistema de seguridad en el hogar?      Sí      No

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

### *Completar solo si vive con familiares...*

Contacto Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién debo contactar si necesito llaves de repuesto (si no hay un contacto familiar)? \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_



*Me gusta:*

*No me gusta:*

*Actividades diarias:*

<b>Día</b>	<b>Qué Me Gusta Hacer</b>
Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	
Sábado	
Domingo	

# PARTE 3: MIS ACTIVIDADES DIARIAS Y MIS CONTACTOS SOCIALES

## Pautas para apoyar mi independencia



Describir cualquier ayuda necesaria a continuación. Asegúrese de incluir la hora(s) del día y la cantidad de tiempo necesario para la ayuda.

### **Vestimenta**

Puedo: \_\_\_\_\_

Puedo necesitar ayuda para: \_\_\_\_\_

### **Higiene y otros cuidados personales**

Puedo: \_\_\_\_\_

Puedo necesitar ayuda para: \_\_\_\_\_

### **Alimentación y nutrición**

Puedo: \_\_\_\_\_

Puedo necesitar ayuda para: \_\_\_\_\_

### **Tareas del hogar**

Puedo: \_\_\_\_\_

Puedo necesitar ayuda para: \_\_\_\_\_

### **Gestión del dinero y presupuesto**

Puedo: \_\_\_\_\_

Puedo necesitar ayuda para: \_\_\_\_\_

### **Transporte**

Puedo: \_\_\_\_\_

Puedo necesitar ayuda para: \_\_\_\_\_

### **Movilidad/deambulaci3n**

Puedo: \_\_\_\_\_

Puedo necesitar ayuda para: \_\_\_\_\_

### **Dispositivos de asistencia/tecnología**

Lista los elementos y prop3sitos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PARTE 3: MIS ACTIVIDADES DIARIAS Y MIS CONTACTOS SOCIALES

*Dónde trabajo/soy voluntario*



Lugar de Empleo/Voluntariado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Horas por semana: \_\_\_\_\_

Nombre del Supervisor/Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo he conocido al supervisor \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo servicios de rehabilitación vocacional?      Sí      No

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Otros servicios de empleo?      Sí      No

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tengo un entrenador laboral?      Sí      No

Nombre del Entrenador Laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otros comentarios: \_\_\_\_\_

## PARTE 3: MIS ACTIVIDADES DIARIAS Y MIS CONTACTOS SOCIALES

*Qué me gusta hacer cada día*



¿Asiste a un programa de día?

Sí

No

Programa de día: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿El programa de día es parte de un grupo de recreación?

Sí

No

Contacto del grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad donde tiene lugar: \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_

¿Participa en un programa de aptitud física o atletismo?

Sí

No

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugares donde me gusta ir/visitar en la comunidad: \_\_\_\_\_

Personas con las que me gusta pasar el tiempo: \_\_\_\_\_

Eventos especiales que son importantes para mí: \_\_\_\_\_

Qué me gusta hacer por diversión: \_\_\_\_\_

Cosas que quiero hacer en el futuro: \_\_\_\_\_

Cosas que me gusta hacer...

En la primavera: \_\_\_\_\_

En el verano: \_\_\_\_\_

En el otoño: \_\_\_\_\_

En el invierno: \_\_\_\_\_



Yo...

soy responsable de tomar mis propias decisiones legales.

tengo alguien que me ayuda con las decisiones.

tengo un tutor o conservador que toma decisiones por mí.

soy menor de 18.

### Información de contacto según sea necesario:

¿Tiene tutor completo?                      Sí                      No

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de respaldo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene tutor legal parcial?                      Sí                      No

¿Para qué cuestiones? \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de respaldo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene un poder general?                      Sí                      No

Nombre de Poder General: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de respaldo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Hay algún otro arreglo legal a conocer?                      Sí                      No

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Dónde se pueden encontrar estos documentos? \_\_\_\_\_



Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### *¿Quién es responsable de tomar las decisiones sobre el cuidado de la salud?*

Yo (con o sin ayuda)

Agente de Salud/Poder General

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Tutor

### *¿Tiene un defensor del paciente?      Sí                  No*

Nombre del defensor del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de respaldo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### *Deseos médicos en curso:*

Plan de atención

Directiva avanzada

Testamento en vida

Orden de no realizar reanimación

Otro (describir): \_\_\_\_\_

¿Dónde se pueden encontrar estos documentos? \_\_\_\_\_



### ¿Quién es responsable de mis finanzas?

Soy responsable de manejar mi dinero y mis finanzas

Soy responsable de manejar mi dinero y mis finanzas, pero a veces necesito el consejo de otros

Soy responsable de manejar algunas de mis finanzas, pero necesito ayuda para manejarlas

Necesito a alguien para manejar mis finanzas

Nombre de los recursos financieros: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:

Cuenta bancaria

Póliza de seguro de vida

Acciones/bonos

Otro (describir): \_\_\_\_\_

Persona que ayuda a gestionar los recursos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Recursos gubernamentales recibidos:

Monto de la Seguridad de Ingreso Suplementario: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Monto de beneficios del Seguro Social para un adulto discapacitado desde la niñez: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Monto de seguro de discapacidad del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Monto de beneficios del Seguro Estatal por discapacidad: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Monto de Beneficios del Veterano: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Medicaid

Medicare

Monto de Programa de ayuda suplementaria de nutrición: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Monto de beneficios de empleo: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Otro (describir): \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

## PARTE 5: FINANCIAR MI FUTURO

*Acerca de mis servicios de discapacidad*



Servicios utilizados:

Servicios de exención de Medicaid      Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicios proporcionados por la escuela      Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicios privados      Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otros servicios (describir): \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está en la lista de espera para los servicios?      Sí      No

¿Cuál es el estado de la solicitud? \_\_\_\_\_

# PARTE 5: FINANCIAR MI FUTURO

Acerca de mis finanzas



Tengo...

Un fideicomiso      Sí                      No

¿Qué tipo de fideicomiso es?

Primera parte – *Financiado con mi dinero*

Terceros – *Financiado con el dinero de otra persona*

Cuenta fiduciaria agrupada

Otro (describir): \_\_\_\_\_

Fideicomisario/Administrador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de respaldo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Un representante del beneficiario?      Sí                      No

Representante del beneficiario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de respaldo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Un poder financiero?                      Sí                      No

Poder General: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de respaldo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_