



**CENTRO DE SALUD MENTAL Y RETRASO MENTAL DE
AUSTIN Y DEL CONDADO DE TRAVIS**

**PETICIÓN PARA SOLICITUDES
(RFA)**

**Para la inscripción abierta de proveedores de servicios individualizados
no tradicionales y seleccionados por la familia, los cuales proporcionan:**

**Servicios para el niño y la familia
&
Servicios para discapacidades del desarrollo**

PARE

Esta solicitud es para el uso exclusivo de la persona que solicita proporcionar servicios no tradicionales a una sola persona y/o una familia en particular. Si usted desea proporcionar servicios a otras personas en la red de servicios, sírvase comunicarse con el gerente de contratos, llamando al (512) 483-5892 y pida una solicitud para proveedores de servicios para la red.

ANEXO A – LISTA DE DOCUMENTOS PARA ADJUNTAR A LA SOLICITUD

Para cerciorarse de la veracidad de sus credenciales, debe adjuntar a esta *Solicitud del Proveedor de Servicios Individualizados No Tradicionales (NTP)* los documentos enumerados a continuación:

- Lista de documentos para adjuntar a la solicitud y Declaraciones del solicitante; ambos documentos firmados. (Anexo A) (Vea a continuación) Cuestionario para el proveedor (Anexo B) con los anexos indicados.
- Propuesta que indica el servicio, su costo y el grupo objetivo (Anexo D).
- Lista de garantías firmada (Anexo G).
- Copia del título de la preparatoria (*high school*) o título equivalente y/o el título más avanzado que ha recibido.
- Copia de la licencia para manejar en Texas.
- Copia del expediente como conductor que abarque los últimos tres años del Departamento de Seguridad Pública de Texas, si usted va a ofrecer transporte a consumidores.
- Formulario para el proveedor que proporciona servicios en su hogar, si viene al caso, con la documentación suplemental (Anexo H).
- Dos cuestionarios completados para ofrecer una recomendación acerca del proveedor de servicios individualizados y no tradicionales (Anexo I).
- Examen completado del curso de capacitación o la fecha programada de cuándo va a asistir usted al curso de capacitación acerca de los derechos, el maltrato y descuido, el control de contagio y la confidencialidad.
- Copia de ambos lados de la tarjeta de resucitación cardiopulmonar (CPR) o algún comprobante de que esté inscrito en un curso de CPR (Tiene que completar el curso de CPR dentro de los primeros 60 días de proporcionar servicios).

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE:

Certifico que las respuestas y la información en la solicitud y los anexos son verídicas, correctas y completas a mi mejor saber y entender. Por este medio otorgo permiso al Centro de Salud Mental y Retraso Mental de Austin y del condado de Travis (ATCMHMR) para obtener todos y cada uno de los datos necesarios para completar una revisión de la certeza de las declaraciones que contiene esta solicitud, así como la averiguación de los documentos anexos, de acuerdo con las fuentes que los hayan expedido. Entre la información y los documentos que hay que averiguar están, sin limitarse a: comprobantes de la licencia, información acerca de los estudios, el empleo y las actividades voluntarias. Además entiendo que ATCMHMR hará una revisión de los antecedentes penales del proveedor no tradicional que solicite participar en la red de servicios. Entiendo que si los antecedentes penales revelan alguna condena, es posible que no sea elegible para participar en la red de servicios, o podría dar lugar a mi despido.

Por este medio libero de toda responsabilidad civil a toda y cualquier persona y organización que revise esta solicitud, por sus acciones realizadas de buena fe y sin malicia en conexión con la evaluación de esta solicitud, las credenciales y la determinación de si reúno o no los requisitos. También libero de toda responsabilidad civil a toda y cada una de las personas y organizaciones que proporcionan información de buena fe y sin malicia acerca de los documentos mencionados aquí arriba.

Una copia fotostática, electrónica o un fax de esta declaración original constituye mi autorización por escrito y mi petición para divulgar todos y cada uno de los documentos relevantes al proceso de averiguación de ATCMHMR para las credenciales y/o el proceso de aprobación para mi participación en la red de servicios. Dicha copia fotostática, electrónica o fax de este documento tendrá la misma fuerza y el mismo efecto que tiene la copia original firmada.

Entiendo que esta solicitud no constituye un contrato para proporcionar servicios.

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

ANEXO B- CUESTIONARIO PARA EL PROVEEDOR

Nombre del proveedor: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

SSN: _____ F.D.N: _____ Etnicidad: _____ Género: M F

Núm. de licencia para manejar en TX: _____ Fecha de caducidad: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Núm. de departamento: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

A. Público objetivo

1. Antes de que complete el Anexo D, indique el grupo o los grupos de personas a las cuales desea proporcionar servicios. Ej: Discapacidades del desarrollo y/o Servicios para el niño y la familia.

2. Anote el nombre de la persona y/o la familia por el bien de la cual solicita autorización para proporcionar servicios o apoyos.

B. Servicios

1. ¿Cuáles son los servicios que desea proporcionar? Ej: ¿qué tipo de servicio, dónde se lo proporcionará, cuántas horas y a qué precio?

2. Marque los lenguajes en los que puede proporcionar servicios: Inglés Español
 Inglés en señas/Signed English Lenguaje de señas americano/American Sign Language
 Otro: _____

3. Antecedentes de proporcionar servicios/apoyos a la persona o la familia indicada:

- a. Describa el historial de su trabajo con la persona/las personas a las que desea proporcionar servicios. Haga un resumen detallado del trabajo que ha realizado con las familias, los coordinadores de servicios o administradores de casos, y el papel que usted haya desempeñado como miembro del equipo de planeación del consumidor.

- b. Por favor, anote cuánto tiempo ha conocido a esta persona o esta familia, y por cuánto tiempo ha proporcionado servicios/apoyos a esta persona o esta familia.

- c. Por favor, explique cualquier experiencia específica de la vida que haya tenido, cualquier contacto o capacitación que hubiera tenido que le haya preparado para proporcionar servicios/apoyos a esta persona o familia.

C. Averiguación de credenciales

1. Información acerca de los estudios:

Se requiere que el proveedor de servicios no tradicionales tenga por lo menos un título de la preparatoria (*high school*) o su equivalente (GED). Sírvase adjuntar un comprobante que demuestre que usted satisface este requisito mínimo educacional como proveedor de servicios no tradicionales, indicado aquí arriba. Por ejemplo, para demostrar que usted se ha graduado de la preparatoria o que ha recibido un certificado de equivalencia, puede adjuntar una copia del diploma de la escuela preparatoria, un expediente académico de sus calificaciones de la preparatoria, un comprobante de GED, un título universitario o un expediente académico de sus calificaciones de la universidad.

Escuela preparatoria o GED: SÍ NO

Fecha de graduación o de completar el GED: _____

Nombre de la escuela preparatoria (si es pertinente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

2. Antecedentes laborales:

Por favor, anote su historial laboral durante los últimos cinco años. (*Puede usar hojas adicionales si hace falta*):

Empleador: _____ Fecha: _____ hasta _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Puesto: _____ Nombre del supervisor: _____

Resumen breve de sus deberes: _____

Empleador: _____ Fecha: _____ hasta _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Puesto: _____ Nombre del supervisor: _____

Resumen breve de sus deberes: _____

Empleador: _____ Fecha: _____ hasta _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Puesto: _____ Nombre del supervisor: _____

Resumen breve de sus deberes: _____

3. ¿Es usted elegible para la certificación como una empresa históricamente infrautilizada (HUB)?

NO SÍ

Si contestó SÍ, ¿ha solicitado la certificación? NO SÍ

Si contestó SÍ, anote el número de la certificación: _____

4. ¿Usted tiene algún padecimiento que impida su capacidad para desempeñar las tareas esenciales de los servicios que solicita proporcionar, con o sin modificaciones?

NO SÍ

5. ¿Ha recibido tratamiento por algún padecimiento físico o mental durante los últimos dos a cinco años, el cual le impediría actualmente el desempeñar las tareas esenciales de los servicios que solicita proporcionar, con o sin modificaciones? NO SÍ

6. Referencias:

Para completar su solicitud, debe adjuntar dos **Cuestionarios de recomendación para el proveedor de servicios individualizados no tradicionales** (Vea Anexo J).

- a) Usted (el solicitante) debe completar y firmar la Sección I en ambos cuestionarios de recomendación y anotar el nombre de la persona que lo recomienda.
- b) Entonces puede entregar personalmente o enviar por correo el Cuestionario de recomendación a las dos personas, quienes completarán la Sección II.
- c) Informe a las personas que lo van a recomendar que deben enviar el Cuestionario de recomendación completado a la dirección que aparece al pie de la página del cuestionario. Si una o ambas personas ya han completado el cuestionario de recomendación, usted puede adjuntarlo a esta solicitud.

Anote el nombre de cada persona que va a completar el cuestionario de recomendación e indique el número de teléfono de cada cual (obligatorio):

1. Persona que lo recomienda: _____ Teléfono: _____

2. Persona que lo recomienda: _____ Teléfono: _____

Por favor, envíe la solicitud completada con los anexos a:

**Contract Manager
ATCMHMR
5225 N. Lamar
Austin, Texas 78751**

ANEXO D

PROPUESTA QUE INDICA EL SERVICIO, SU COSTO Y EL GRUPO OBJETIVO

*Debe contestar todas las preguntas del formulario **Propuesta que indica el servicio, su costo y el grupo objetivo** y devolverlo con la solicitud.*

Por favor, seleccione el área del programa en que usted desea proporcionar servicios. Ej: Servicios de discapacidades del desarrollo y/o Servicios al niño y a la familia. Marque al lado de cada servicio que solicita proporcionar las personas que pertenecen a este grupo.

El Centro de Salud Mental y Retraso Mental de Austin y del condado de Travis (ATCMHMR) paga los servicios una vez que los otros recursos financieros estén agotados. De acuerdo con el caso, cada proveedor de la red de servicios debe facturar todos los servicios elegibles a Medicaid, Medicare o algún tercero (compañía aseguradora) antes de enviar los reclamos a ATCMHMR.

| Servicios para discapacidades del desarrollo | Marque cada servicio que solicita proporcionar | Cantidad del reembolso |
|---|---|-------------------------------|
| Apoyo en la comunidad | | \$16.00 por hora |
| Relevo por día | | \$80.00 por día |
| Relevo por hora | | \$ 8.50 por hora |

| Servicios para el niño y la familia | Marque cada servicio que solicita proporcionar | Cantidad del reembolso |
|--|---|-------------------------------|
| Mentores | | \$ 25.00 por hora |
| Tutores | | \$ 25.00 por hora |
| Relevo por día | | \$130.00 por día |
| Relevo por hora | | 13.00 por hora |
| Instrucción individual para el padre/ <i>Parent Coaching</i> | | \$ 25.00 por hora |
| Asistente para problemas de la conducta | | \$ 25.00 por hora |

Nombre del proveedor: _____

ANEXO G

El solicitante debe firmar este documento y adjuntarlo a la solicitud.

El solicitante garantiza las condiciones que aparecen a continuación:

1. Al proporcionar los servicios, el solicitante no discrimina por cuestiones de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, categoría de veterano o edad.
2. El solicitante acepta todas y cada una de las disposiciones, condiciones, criterios y requisitos expuestos en la petición para solicitudes o RFA.
3. El solicitante acepta que ATCMHMR tenga derecho a retirar la RFA en cualquier momento antes de otorgar el contrato o los contratos.
4. No se presentará ningún reclamo de reembolso por el costo de la preparación o el envío de la solicitud, ni por ningún otro gasto relacionado.
5. El solicitante acuerda cumplir con las políticas y los procedimientos pertinentes a nivel federal, estatal, del condado, local; del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS); del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS); y de la red de proveedores del Centro de Salud Mental y Retraso Mental de Austin y del condado de Travis (ATCMHMR).
6. Ningún empleado de ATCMHMR, DSHS, o DADS, y ningún integrante de la mesa directiva de ATCMHMR recibirá directa o indirectamente ningún interés pecuniario a causa del otorgamiento del contrato propuesto. Si el solicitante no puede garantizar este hecho, debe divulgar cualquier conocimiento que tenga de tal interés.
7. El solicitante divulgará si ha sido empleado o miembro del consejo administrativo de ATCMHMR dentro de los dos (2) años anteriores a la fecha de presentar la propuesta. Si ha sido empleado o miembro del consejo directivo, precisará en la solicitud la naturaleza y las fechas de estas afiliaciones. Si no existe tal afiliación, el solicitante declarará con ese efecto en la solicitud.
8. El solicitante identificará a cualquier empleado o integrante del consejo administrativo de ATCMHMR que tenga algún interés financiero en el solicitante o que tenga algún parentesco dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad con alguna persona que tenga tal interés financiero. Esta divulgación incluirá una declaración completa que explique la naturaleza de tal interés financiero y la relación, si es pertinente. Además, el solicitante declarará si durante los últimos dos (2) años ha tenido a sabiendas una relación personal con algún empleado o integrante del consejo administrativo de ATCMHMR. Si no existe tal conflicto de interés, de acuerdo con la definición, el solicitante declarará con ese efecto en la propuesta.
9. El solicitante divulgará el nombre de cada persona clave de ATCMHMR con la que tenga negocios actualmente o con la que haya realizado negocios durante los 365 días anteriores a la fecha de entrega de la solicitud; o el solicitante declarará que la persona natural que ejecuta la solicitud no tiene conocimientos de ninguna persona clave con la que el solicitante esté realizando comercio actualmente o con la que haya realizado comercio durante los 365 días anteriores a la fecha de entrega de la solicitud, y cuyo nombre no se divulga en la solicitud.

_____ SOLICITANTE FECHA

ANEXO H

Si usted solicita proporcionar servicios de relevo y/o servicios de guardería en su casa, sírvase completar este formulario:

1. ¿Por cuánto tiempo ha vivido en su domicilio actual? Núm. de años _____ y meses: _____
2. ¿Qué tipo de residencia es? Casa Duplex Town home Departamento
3. ¿Paga renta o es dueño de la residencia? Pago renta Soy el dueño
4. ¿Cuántas personas viven con usted? _____ ¿Cuántas son parientes? _____ ¿Cuántas no son parientes? _____

A. AVERIGUACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES DE LOS RESIDENTES DE LA CASA

Para facilitar la averiguación de los antecedentes penales, haga una lista de las personas que viven en su casa que tengan más de 16 años, además de usted mismo. Todos los datos son obligatorios.

| Nombre | Género (M/F) | Etnicidad | Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) | Núm. Seguro Social |
|----------|-----------------|-----------|-----------------------------------|--------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Use páginas adicionales si hace falta

B. INSPECCIÓN DE LA RESIDENCIA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS NO TRADICIONALES

Se requiere que el proveedor permita hacer una **Inspección de la residencia** si va a proporcionar servicios en su propio hogar. Se le enviará una copia por correo o por fax del formulario para la Inspección de la residencia del proveedor de servicios no tradicionales, una vez que se haya recibido y repasado su solicitud completada en ATCMHMR. Entonces el gerente de contratos se comunicará con usted para programar una visita para la inspección. Cuando se haya completado la inspección, el gerente de contratos le enviará una copia del informe de inspección, y enviará otra copia del informe al departamento de credenciales para adjuntarlo a su solicitud. No se le aprobará como proveedor de servicios de la red hasta que no se lleve a cabo la inspección y haya logrado un puntaje aceptable.

C. INSPECCIÓN PARA PREVENIR INCENDIOS

El proveedor que ofrece servicios en su propio hogar debe mandar hacer una Inspección para prevenir incendios. Para programar la inspección, llame a la Sección de Prevención de Incendios del Departamento de Bomberos de Austin al (512) 448-8300. El Departamento de Bomberos le entregará el formulario de inspección completado. Adjunte el formulario completado a esta solicitud.

D. SEGURO DEL PROPIETARIO DE CASA

El proveedor que proporciona servicios en su residencia está obligado a presentar una copia de su póliza de **Seguro de propietario de vivienda con cobertura de responsabilidad civil** o una copia de su póliza **HOB-T** (Póliza de inquilino con cobertura de responsabilidad civil). Por favor, adjunte una copia de la página "Certificado de la Póliza de Seguro/ *Certificate of Insurance*" donde deben estar estos datos: (a) el nombre de la persona o la casa asegurada, (b) el tipo de seguro y (c) la fecha de caducidad.

ANEXO I – CUESTIONARIO PARA OFRECER UNA RECOMENDACIÓN

El solicitante cuyo nombre aparece abajo ha solicitado ser integrante de la red de proveedores de servicios de ATCMHMR y ha otorgado su permiso (Sección I abajo) para que usted complete el cuestionario de recomendación en la Sección II a continuación. Gracias.

Sección I (El solicitante debe completar esta sección antes de que envíe el cuestionario directamente a la persona que ofrece la recomendación). Recomendación #1

La recomendación que aparece a continuación es para (nombre del solicitante): _____

Por este medio, yo, el solicitante suscrito, libero de responsabilidad civil y relevo de toda responsabilidad de las consecuencias de cualquier revelación, a la plena extensión que permite la ley, a la persona nombrada aquí abajo quien me ofrece su aval, así como a ATCMHMR por las declaraciones escritas o verbales, sus decisiones y acciones en conexión con la evaluación de mi solicitud para decidir mi elegibilidad para participar en la red de proveedores; mi experiencia, competencias y preparación, estado de salud, estabilidad emocional, ética profesional y carácter moral.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

La recomendación a continuación se completará de parte de (nombre de la persona que ofrece su aval): _____

Sección II (La persona que ofrece la recomendación debe completar la sección a continuación y enviar el formulario a ATCMHMR)

Nombre: _____

Dirección residencial: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

¿Desde hace cuánto tiempo conoce a este solicitante? _____

¿Qué relación tiene con el solicitante? Supervisor Colega Otra _____

Haga una descripción breve de las circunstancias bajo las cuales usted tiene conocimiento de las habilidades y la capacidad actual del solicitante: _____

El puesto actual de usted (si es pertinente): _____ Organización: _____

Por favor, califique al solicitante sobre cada elemento de la lista que aparece a continuación (superior, adecuado, no satisfactorio o no se pudo evaluar):

| Elemento | Superior | Adecuado | No satisfactorio | No se pudo evaluar |
|--|----------|----------|------------------|--------------------|
| 1. Juicio profesional | | | | |
| 2. Sentido de responsabilidad/Confiabilidad | | | | |
| 3. Competencia/Habilidades/Conocimientos | | | | |
| 4. Calidad/Relevancia de los servicios | | | | |
| 5. Capacidad para trabajar con otras personas | | | | |
| 6. Se lleva bien con los consumidores | | | | |
| 7. Documentación de los servicios proporcionados | | | | |
| 8. Habilidades para la comunicación verbal y por escrito | | | | |
| 9. Capacidad para trabajar en condiciones estresantes | | | | |
| 10. Es digno de confianza | | | | |
| 11. Capacidad para trabajar en las horas programadas | | | | |
| EVALUACIÓN GLOBAL (Para uso de ATCMHMR) | | | | |

Recomiendo... No recomiendo... No puedo evaluar a esta persona ...

Comentarios: _____

Certifico que la información que aparece aquí es verídica y correcta.

Firma de la persona que ofrece el aval

Fecha

Para averiguar esta recomendación, la mejor forma de comunicarse conmigo es por: Teléfono Email Otra: _____
(Averigüe que su teléfono, correo electrónico y dirección estén anotados correctamente en la parte superior del formulario, para poder comunicarnos con usted)

POR FAVOR, DEVUELVA LA RECOMENDACIÓN COMPLETADA A: Credentialing Department, ATCMHMR, P. O. Box 3548, Austin, TX 78764-3548
SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL DEPARTAMENTO DE CREDENCIALES AL: 445-7787

ANEXO I – CUESTIONARIO PARA OFRECER UNA RECOMENDACIÓN

El solicitante cuyo nombre aparece abajo ha solicitado ser integrante de la red de proveedores de servicios de ATCMHMR y ha otorgado su permiso (Sección I abajo) para que usted complete el cuestionario de recomendación en la Sección II a continuación. Gracias.

Sección I (El solicitante debe completar esta sección antes de que envíe el cuestionario directamente a la persona que ofrece la recomendación). Recomendación #2

La recomendación que aparece a continuación es para (nombre del solicitante): _____

Por este medio, yo, el solicitante suscrito, libero de responsabilidad civil y relevo de toda responsabilidad de las consecuencias de cualquier revelación, a la plena extensión que permite la ley, a la persona nombrada aquí abajo quien me ofrece su aval, así como a ATCMHMR por las declaraciones escritas o verbales, sus decisiones y acciones en conexión con la evaluación de mi solicitud para decidir mi elegibilidad para participar en la red de proveedores; mi experiencia, competencias y preparación, estado de salud, estabilidad emocional, ética profesional y carácter moral.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

La recomendación a continuación se completará de parte de (nombre de la persona que ofrece su aval): _____

Sección II (La persona que ofrece la recomendación debe completar la sección a continuación y enviar el formulario a ATCMHMR)

Nombre: _____

Dirección residencial: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

¿Desde hace cuánto tiempo conoce a este solicitante? _____

¿Qué relación tiene con el solicitante? Supervisor Colega Otra _____

Haga una descripción breve de las circunstancias bajo las cuales usted tiene conocimiento de las habilidades y la capacidad actual del solicitante: _____

El puesto actual de usted (si es pertinente): _____ Organización: _____

Por favor, califique al solicitante sobre cada elemento de la lista que aparece a continuación (superior, adecuado, no satisfactorio o no se pudo evaluar):

| Elemento | Superior | Adecuado | No satisfactorio | No se pudo evaluar |
|--|----------|----------|------------------|--------------------|
| 1. Juicio profesional | | | | |
| 2. Sentido de responsabilidad/Confiabilidad | | | | |
| 3. Competencia/Habilidades/Conocimientos | | | | |
| 4. Calidad/Relevancia de los servicios | | | | |
| 5. Capacidad para trabajar con otras personas | | | | |
| 6. Se lleva bien con los consumidores | | | | |
| 7. Documentación de los servicios proporcionados | | | | |
| 8. Habilidades para la comunicación verbal y por escrito | | | | |
| 9. Capacidad para trabajar en condiciones estresantes | | | | |
| 10. Es digno de confianza | | | | |
| 11. Capacidad para trabajar en las horas programadas | | | | |
| EVALUACIÓN GLOBAL (Para uso de ATCMHMR) | | | | |

Recomiendo... No recomiendo... No puedo evaluar a esta persona ...

Comentarios: _____

Certifico que la información que aparece aquí es verídica y correcta.

Firma de la persona que ofrece el aval Fecha

Para averiguar esta recomendación, la mejor forma de comunicarse conmigo es por: Teléfono Email Otra: _____
(Averigüe que su teléfono, correo electrónico y dirección estén anotados correctamente en la parte superior del formulario, para poder comunicarnos con usted)

POR FAVOR, DEVUELVA LA RECOMENDACIÓN COMPLETADA A: Credentialing Department, ATCMHMR, P. O. Box 3548, Austin, TX 78764-3548
SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL DEPARTAMENTO DE CREDENCIALES AL: 445-7787

Contactos en la agencia

Toni Perkins
Coordinadora de recursos externos/External Resource Coordinator
Servicios para el Niño y la Familia
804-3172

Lisa Shelby
Encargada de vigilar contratos/Contract Monitor
Servicios de Discapacidad del Desarrollo y Servicios para el Niño y la Familia
483-5891

Nancy Jones
Coordinadora de credenciales/Credentialing Coordinator
445-7787

Coordinador de contratos de la red de servicios/Network Contract Coordinator
Discapacidades del Desarrollo y Servicios para el Niño y la Familia
483-5892