



ESTADO DE RHODE ISLAND E PROVIDENCE PLANTATIONS
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA COMPORTAMENTAL,
DEFICIÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO E HOSPITAIS (BHDDH)
DIVISÃO DE DEFICIÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO
6 HARRINGTON ROAD – SIMPSON HALL
CRANSTON, RI 02920

INTRODUÇÃO À SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS

Ao preencher esta solicitação, você está requisitando serviços da Divisão de Deficiências de Desenvolvimento de Rhode Island. A participação é voluntária; você pode retirar esta solicitação a qualquer tempo.

Veja a lista de verificação na página 2 para obter a lista de documentos necessários. **Sem estes documentos e uma solicitação assinada, sua solicitação será considerada incompleta e não poderemos iniciar o processo de revisão da solicitação. Note que o requerente e/ou seu representante legal precisam assinar TODOS os formulários.** Se o requerente não for capaz de assinar seu nome, deve fazer uma marca na linha da assinatura, com o testemunho de um amigo ou membro da família.

CRITÉRIOS PARA RECEBER SERVIÇOS FINANCIADOS PELO BHDDH

Existem 2 requisitos para se receber os serviços financiados pelo BHDDH. Você deve:

1. Ser elegível aos serviços do BHDDH por ter uma deficiência intelectual desde o nascimento ou antes dos 22 anos de idade, ou outro tipo de deficiência de desenvolvimento que requeira serviços similares àqueles necessários a pessoas com uma deficiência intelectual. Veja *Crítérios de elegibilidade* abaixo para obter mais detalhes.
2. E ser considerado elegível ao Medicaid pelo Departamento de Serviços Humanos.

CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE

Para ser elegível a apoios financiados pela Divisão de Deficiências de Desenvolvimento, indivíduos devem atender à seguinte definição de deficiência de desenvolvimento, conforme a legislação estadual de RI:

O termo 'deficiência de desenvolvimento' significa uma grave deficiência crônica de uma pessoa que:

- *seja atribuível a uma incapacidade física ou mental, ou combinação de incapacidades físicas e mentais;*
- *seja manifestada antes da pessoa atingir a idade de 22 (vinte e dois) anos;*
- *tenha a probabilidade de continuar indefinidamente;*
- *resulte em substanciais limitações funcionais em três ou mais das seguintes áreas das principais atividades da vida:*
 1. *cuidados pessoais*
 2. *comunicação*
 3. *mobilidade*
 4. *aprendizagem*
 5. *iniciativa própria*
 6. *capacidade de viver independentemente*
 7. *autossuficiência econômica;*
- *e reflita a necessidade da pessoa de uma combinação e sequência de cuidados especiais, interdisciplinares ou genéricos, tratamento ou outros serviços, que sejam por toda a vida ou de longa duração e sejam individualmente planejados e coordenados.*

ENVIO

Envie as solicitações **preenchidas** e todos os outros documentos para:

BHDDH-DDD
Simpson Hall, Eligibility Unit
6 Harrington Rd
Cranston, RI 02920

Guarde uma cópia de todos os documentos para os seus arquivos. A Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (DDD) enviará confirmação quando a solicitação PREENCHIDA for recebida. Se uma solicitação estiver incompleta, você receberá uma carta listando o que está faltando e quanto tempo você tem para enviar os documentos em falta.

DETERMINAÇÃO DE ELEGIBILIDADE

Pacotes completos de solicitação com **todos** os documentos exigidos (veja a **lista de verificação na página 2**) serão processados dentro de 30 dias. Uma vez que o Comitê de Elegibilidade tenha feito uma determinação, uma notificação da determinação será enviada ao requerente. Se o requerente tiver um representante legal ou mais, ele(s) também será/serão notificado(s) e, quando apropriado, o órgão, advogado ou profissional que indicou o requerente.

Se o requerente for elegível, a carta descreverá os próximos passos. Se o requerente for considerado inelegível, a notificação incluirá os motivos para a determinação e uma explicação dos direitos de recurso do requerente. Se uma determinação não puder ser feita, será marcada uma entrevista pessoalmente.

DÚVIDAS

Caso tenha quaisquer dúvidas durante o preenchimento destes formulários, ligue para a Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (DDD) pelo telefone **401-462-3421** e peça para falar com o assistente social que administra elegibilidade.

Observe que a DDD não pode começar o processo de determinação de elegibilidade se alguma informação estiver faltando ou incompleta.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS COM ESTA SOLICITAÇÃO

Lembre-se de assinar o formulário de solicitação. Somente solicitações assinadas podem ser processadas.

Preencha a Lista A e a Lista B OU C. Confira os documentos incluídos.

A. **Todos os requerentes devem apresentar TODO o seguinte:**

- Cópia da **certidão de nascimento** do requerente
- Cópia da carteira do **Social Security** do requerente
- Cópia da carteira do **Medicaid e/ou do Medicare**
- Comprovante de residência em **Rhode Island**
Documentação aceitável estará atual e mostrará nome e endereço (não Caixa Postal). Isto inclui: um cartão de registro eleitoral, conta de serviços de utilidade pública, extrato bancário, holerite, registros fiscais, aluguel ou históricos escolares atuais com o endereço do aluno, inclusive um boletim, diploma, transcrição ou carteira de identidade, junto com a carteira de identidade/de motorista de um dos pais com o mesmo endereço.
- Se aplicável, uma cópia da documentação da **designação de guarda do Tribunal de Família e Sucessões** ou **procuração**

B. **Requerentes com uma *deficiência intelectual* devem também apresentar o seguinte:**

- Esta solicitação com as **Seções 1-6** preenchidas.
- Diagnóstico oficial** fornecido pelo médico, psicólogo ou clínico licenciado, como síndrome de Down, síndrome do X frágil, ou deficiência intelectual (*apresente todos os diagnósticos*)
- Testes cognitivos/de inteligência:** estes testes, como Wechsler ou Stanford-Binet, avaliam a capacidade cognitiva/intelectual do requerente e geram pontos de QI (*apresente testes dos últimos 5 anos*)
- Registros de quaisquer outros órgãos que documentem as capacidades e limitações do requerente, tais como, mas não se limitando a relatórios de CEDARR, PASS, HBTS

C. **Requerentes com uma *deficiência de desenvolvimento, exceto uma deficiência intelectual, devem apresentar todos os seguintes, que forem relevantes ao requerente:*** *Note que requerentes que NÃO tenham um diagnóstico de deficiência intelectual podem NÃO ser elegíveis aos serviços. A elegibilidade para estes requerentes é baseada em como a deficiência do indivíduo afeta significativamente habilidades funcionais. Frequentemente, múltiplas avaliações e diagnósticos estão disponíveis. Apresente todos os registros disponíveis para nos ajudar a fazer uma precisa determinação de elegibilidade.*

- Esta **solicitação** com as **Seções 1-7** preenchidas. Na Seção 7, você fornecerá informações funcionais.
- Documentos com diagnóstico oficial** fornecido por médicos, psicólogo ou clínico licenciado (*apresente todos os documentos do diagnóstico disponíveis*)
- Testes cognitivos/de inteligência:** estes testes, como o Wechsler ou o Stanford-Binet, avaliam a capacidade cognitiva/intelectual do requerente e geram pontos de QI (*apresente testes dos últimos 5 anos*)
- Registros profissionais** da escola, Gabinete de Serviços de Reabilitação, ou outra agência
- Histórico médico** e registros de exames físicos mais recentes documentando uma deficiência médica, se aplicável
- Registros psiquiátricos** incluindo quaisquer hospitalizações psiquiátricas, se aplicável
- Registros de quaisquer outros órgãos que documentem as capacidades e limitações do requerente, tais como, mas não se limitando a relatórios de CEDARR, PASS, HBTS



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS

Somente para uso
interno

SEÇÃO 1. INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome do requerente: _____ Sexo: M F

Nº do Social Security: _____ Data de nascimento: _____

Endereço residencial:

Endereço postal (se diferente):

Rua: _____ Rua/Caixa Postal: _____

Apt: _____ Apt: _____

Cidade, Estado, CEP: _____ Cidade, Estado, CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Situação de moradia: Mora só Com família Em grupo/Residencial Outra

Nome e data de nascimento do pai/mãe/cuidador: _____

Nome e data de nascimento do pai/mãe/cuidador: _____

Herança étnica/racial: Branca (não-hispânica) Negra (não-hispânica) Hispânica
 Asiática/Ilha do Pacífico Indígena americana/Nativa do Alasca Outra

Estado civil: Nunca casado Casado Divorciado Separado Viúvo

Formato de comunicação preferido

Prefiro receber informações via: Correio normal E-mail

Em que idioma você quer que falemos com você? _____

Em que idioma você quer que escrevamos para você? _____

Você precisa de um intérprete (*inclusive linguagem de sinais*)? _____

Outras necessidades de comunicação: _____

Seguro médico

Você tem Medicaid? Sim Não

Você tem Medicare? Sim Não

Se sim, nº do Medicaid: _

Se sim, nº do Medicare: _

Outro seguro de saúde: _____

Nome do principal médico/provedor de cuidados de saúde: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Fonte de renda

Você recebe:

SSI: Sim Não

Valor por mês: \$ _____

SSDI: Sim Não

Valor por mês: \$ _____

RSDI: Sim Não

Valor por mês: \$ _____

Other Income Source: _____ Amount per Month: \$ _____

Informações da escola

MM/DD/YYYY

- Atualmente frequentando escola ou um programa de transição Data prevista para o término dos serviços financiados pela escola : _____
- Gradudou com diploma assinado Data em que os serviços financiados pela escola terminaram: _____
- Recebeu certificado de conclusão Data em que os serviços financiados pela escola terminaram: _____

Escola/Programa de transição: _____

Pessoa para contato na escola : _____ Telefone: _____

Outros serviços

Você está recebendo serviços de:

DCYF Sim Não
ORS Sim Não

Você já recebeu ou solicitou serviços de um programa relativo à deficiência em qualquer outro estado? Sim Não

Se Sim, liste o(s) estado(s): _____

SEÇÃO 2. DEFICIÊNCIA(S) DO REQUERENTE

Note que a deficiência deve ter ocorrido antes do seu 22º aniversário.

Idade em que a(s) deficiência(s) começou/começaram:

Você tem uma deficiência intelectual que tenha sido determinada por avaliação de um psicólogo licenciado ou outro profissional licenciado? Sim Não

Se SIM:

1. Liste cada diagnóstico:

2. Veja a documentação necessária nas **Listas A e B** da lista de verificação na página 3.
3. Você **não precisa** preencher a Seção 7.

Se NÃO:

1. Liste cada diagnóstico:

2. Veja a documentação necessária nas **Listas A e C** da lista de verificação na página 3.
3. Você **deve** preencher a Seção 7.

SEÇÃO 3: SERVIÇOS SOLICITADOS ATRAVÉS DA DIVISÃO DE DEFICIÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO

Descreva o tipo de serviços ou apoios que você acredita precisar (um serviço poderia ser um orientador de emprego; e apoio poderia ser “ajudar a obter um emprego”). Por exemplo: Você precisa de ajuda para obter um emprego? Você precisa de ajuda para se vestir? Você precisa de ajuda familiar? Você precisa de lugar para morar?

- Gestão de casos** – Serviços de uma assistente social através da Divisão para ajudar a acessar apoios.
- Apoio ao emprego** – Apoio para encontrar e manter um emprego.
- Apoio diário** – Apoio para ajudar com experiências voluntárias ou atividades sociais e recreativas.
- Apoio comunitário** – Apoio direto e assistência de participantes para atividades sociais e recreativas, ou para alívio do cuidador, dentro ou fora da residência do participante.
- Modificações na residência** – Alterações na residência para melhorar a capacidade do indivíduo de ser independente.
- Tecnologia de apoio** – Dispositivos que ajudam o indivíduo com cuidados pessoais, comunicação ou mobilidade.

SEÇÃO 4. GUARDIÃO DESIGNADO PELO TRIBUNAL

Você tem um guardião designado pelo tribunal? Sim Não

Se "Sim",

- Forneça as informações abaixo
- Inclua uma cópia da documentação da designação de guarda pelo Tribunal de Família e Sucessões

Nome do guardião: _____

Vínculo: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

SEÇÃO 5: DIVULGAÇÕES

Divulgação do HIPAA

Nome: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Divulgação de informações

Eu autorizo a divulgação de informações, inclusive registros educacionais, médicos, psicológicos, vocacionais e outros, que auxiliarão a Divisão de Deficiências de Desenvolvimento no processo de determinação de elegibilidade. Estas informações podem ser divulgadas ao Departamento de Assistência Comportamental, Deficiências de Desenvolvimento e Hospitais de Rhode Island, Divisão de Deficiências de Desenvolvimento.

Esta **Divulgação de Informações** permanecerá em vigor por 1 ano a partir da data em que for assinada, a menos que rescindida por mim antecipadamente por escrito.

Mensagens

Telefone para:

- minha residência
- meu trabalho
- meu celular: _____

Se não conseguir me encontrar:

- você pode deixar uma mensagem detalhada
- deixe uma mensagem pedindo que eu retorne a sua ligação
- _____

O melhor horário para me encontrar é (dia) _____ entre (hora) _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Testemunha: _____ Data: ___/___/___

Notificação da decisão de elegibilidade

Se você quiser que uma cópia da notificação da decisão de elegibilidade do BHDDH seja enviada a alguém além de você mesmo, você deve fornecer o nome e endereço da pessoa abaixo. Isto serve como autorização escrita para permitir que o BHDDH divulgue informações e envie uma notificação a qualquer pessoa que não seja o requerente ou guardião legal.

Nome	Vínculo com o requerente (ex: <i>guardião, representante</i>)
Endereço	Cidade Estado CEP

SEÇÃO 6: ENVIO

Você precisou de ajuda para preencher este formulário? Sim Não

Se "Sim", quem lhe ajudou a completá-lo?

Nome: _____

Vínculo: _____ Telefone: _____

Dou permissão ao BHDDH para discutir a minha solicitação e registros com a pessoa nomeada acima com o fim de concluir o processo de determinação de elegibilidade.

Envie esta solicitação e cópias de todos os registros necessários para BHDDH. Envie para:

**BHDDH-DDD
Simpson Hall, Eligibility Unit
6 Harrington Rd
Cranston, RI 02920**

Você receberá um e-mail ou uma carta confirmando o recebimento desta solicitação.

Todos os registros disponíveis estão incluídos. Data em que o formulário foi preenchido: _____

Assinatura	
Ao assinar abaixo, eu confirmo que as informações contidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas, sejam fornecidas por mim ou por um representante.	
Assinatura	Data
Escreva o nome em letras de forma	
Vínculo	
<input type="checkbox"/> O próprio (<i>requerente adulto</i>)	
<input type="checkbox"/> Guardião para adulto designado pelo tribunal	
<input type="checkbox"/> Pai ou mãe com a guarda ou responsável legal por menor	

SEÇÃO 7: INFORMAÇÕES FUNCIONAIS

Esta seção deve ser preenchida somente por requerentes com um diagnóstico de uma deficiência de desenvolvimento, exceto uma deficiência intelectual.

Se o requerente tiver mais de 21 anos, preencha a seguinte seção de habilidades aos 21 anos de idade.

Note as seguintes definições:

NENHUMA = Nenhuma assistência é necessária, independente com a tarefa

ORIENTAÇÃO = Lembretes verbais para iniciar ou para a conclusão

DIRETA = Assistência física ou presença constante necessária

I. APRENDIZAGEM

Na escola você tinha um IEP?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você consegue ler um jornal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Que livros ou revistas você lê?		
Você consegue ver as horas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, com um relógio analógico (relógio com um mostrador e ponteiros) ou digital (só números, como 3:47 PM)?	<input type="checkbox"/> Analógico	<input type="checkbox"/> Digital

II. CUIDADOS PESSOAIS

vestir-se, alimentar-se, asseio, higiene

Você precisa de ajuda para fazer o seguinte:

Atividade	Nenhuma	Orientação	Direta
Tomar banho:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escovar os dentes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar o cabelo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar o toailete:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique as áreas em que você precisa de orientação ou de assistência direta:

III. LINGUAGEM RECEPTIVA/EXPRESSIVA

falar com outras pessoas / entender o que elas dizem para você

Você precisa de alguma ajuda especial para se comunicar com pessoas que não lhe conhecem bem? (por exemplo, linguagem de sinais, dispositivo de comunicação, imagens, ou alguém que você conhece "interpreta" o que você quer dizer). Se sim, descreva:

Sim Não

Você consegue entender outras pessoas quando elas falam com você?

Sim Não

IV. MOBILIDADE

andar / locomoção / coordenação motora

Você precisa de equipamento especial para se locomover?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você consegue subir e descer escadas independentemente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você consegue fechar botões?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você consegue fechar zíperes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você consegue usar um lápis ou caneta?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

V. INICIATIVA PRÓPRIA

tomar suas próprias decisões

Você tem um beneficiário representante para cheques SSI/SSDI?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Que contas você paga sozinho?		
Como você paga estas contas (cheque, cartão de crédito, pagamento no local)?		
Quem lhe ajuda com suas metas e grandes decisões (mudança, novo emprego, etc.)?		
Alguém lhe ajuda com atividades/planejamento diário? Se sim, como?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Liste clubes ou organizações a que você pertence:		
Você consegue sozinho manter contato com amigos (telefonar para eles ou de outra forma entrar em contato para fazer planos para se reunirem)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você precisa de ajuda para sair de sua casa em caso de emergência? Se sim, descreva:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Por quanto tempo você se sente confortável sozinho em casa?		
Liste dois motivos para ligar para 911:		
1.		
2.		
Algumas vezes outras pessoas tiram vantagem de você (pegam dinheiro emprestado e não devolvem ou tomam seus pertences)? Se sim, o que você faz?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

O que você faria se um estranho estivesse lhe perturbando?

VI. VIDA INDEPENDENTE

morando sozinho

Preparo de refeições:

Que tipo de ajuda você precisa para usar os seguintes eletrodomésticos:

Atividade	Nenhuma	Orientação	Direta
Fogão:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micro-ondas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lava-louças:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar louça manualmente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique as áreas em que você precisa de orientação ou de assistência direta:

Você consegue fazer uma lista de compras para o mercado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você consegue ler e seguir uma receita?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Descreva alimentos que fariam uma refeição saudável:

Descreva a ajuda de que você precisaria para preparar esta refeição:

Tarefas domésticas:

Que tipo de ajuda você precisa para executar as seguintes tarefas domésticas:

Atividade	Nenhuma	Orientação	Direta
Passar aspirador:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar roupa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trocar roupa de cama:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varrer e passar esfregão:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpar um banheiro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique as áreas em que você precisa de orientação ou de assistência direta:

Tarefas e compromissos:

Que tipo de ajuda você precisa nas seguintes áreas:

Atividade	Nenhuma	Orientação	Direta
Tomar o ônibus da RIPTA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer compras (comida, roupas):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcar compromissos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparecer aos compromissos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguir ordens médicas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar medicamentos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique as áreas em que você precisa de orientação ou de assistência direta:

Se você compra algo em uma loja, você conta o troco?

Sim Não

Você consegue dizer se o troco está correto?

Sim Não

Se você vai a uma loja com \$14,00 e gasta \$5,00, quanto sobra para você?

Quantos quartos de dólar existem em \$1,75?

Quais são os seus medicamentos atuais?

VII. AUTOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

trabalho

Que tipo de ajuda você precisa nas seguintes áreas:

Atividade	Nenhuma	Orientação	Direta
Localizar um emprego e fazer a inscrição:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participar em entrevistas básicas de emprego:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprender o trabalho:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voltar do intervalo na hora certa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceitar correção:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhar com outras pessoas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique as áreas em que você precisa de orientação ou de assistência direta:

Liste quaisquer empregos remunerados que você tenha tido (passados ou presentes)?

Liste quaisquer empregos voluntários que você tenha tido (passados ou presentes)?