



INTRODUCCIÓN A LA SOLICITUD DE LOS SERVICIOS

Al completar esta solicitud, solicita los servicios de la División de Discapacidad del Desarrollo. La participación es voluntaria y puede retirar esta solicitud en cualquier momento.

Consulte la lista de verificación de la página 2 para ver el listado de los documentos requeridos. **Sin estos documentos y la solicitud firmada, se considerará que su solicitud no está completa y no podremos comenzar con el proceso de revisión de la solicitud.** Tenga en cuenta que el solicitante o su tutor legal deben firmar TODOS los formularios. Si el solicitante no puede hacerlo, deberá realizar una marca en la línea de firma con un familiar o amigo presente que actúe de testigo.

CRITERIOS PARA RECIBIR LOS SERVICIOS FINANCIADOS POR EL BHDDH

Existen 2 criterios que debe cumplir para recibir los servicios financiados por el BHDDH. Son los siguientes:

1. Reunir los requisitos para recibir los servicios del BHDDH al tener una discapacidad intelectual desde el nacimiento o que se haya presentado antes de los 22 años de edad u otro tipo de discapacidad del desarrollo que provoca que necesite servicios similares a los que necesitan las personas con una discapacidad intelectual. Consulte la sección Criterios de elegibilidad a continuación para obtener más detalles.
2. Reunir los requisitos establecidos por el Departamento de Servicios Humanos para recibir los servicios de Medicaid.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Para reunir los requisitos para recibir la ayuda financiada por la División de Discapacidad del Desarrollo, las personas deben tener una discapacidad del desarrollo, de acuerdo con la siguiente definición, que se establece en las leyes del estado de Rhode Island: El término “discapacidad del desarrollo” hace referencia a la discapacidad crónica grave de una persona y tiene las siguientes características:

- *se puede atribuir a una incapacidad mental o física, o a una combinación de ambas;*
- *se manifiesta antes de que la persona haya cumplido los veintidós (22) años;*
- *es probable que se extienda de manera indefinida;*
- *provoca limitaciones a nivel funcional significativas en 3 o más de las siguientes áreas principales de actividad de la vida diaria:*

1. <i>cuidado personal</i>	5. <i>independencia</i>
2. <i>comunicación</i>	6. <i>capacidad para llevar una vida independiente</i>
3. <i>movilidad</i>	7. <i>autosuficiencia económica</i>
4. <i>aprendizaje</i>	
- *refleja la necesidad de la persona de recibir una combinación y secuencia de cuidados o tratamientos especiales, interdisciplinarios o genéricos, o bien otros servicios durante toda la vida o por un período prolongado, y que se planifican y coordinan de manera individual.*

ENVÍO

Envíe por correo las solicitudes completas y todos los documentos adicionales a la dirección:

BHDDH-DDD
6 Harrington Road - Simpson Hall
Cranston, RI 02920
(401) 462-3421

Conserve una copia de todos los documentos para sus registros. La División de Discapacidad del Desarrollo (DDD) le enviará una confirmación cuando reciba la solicitud COMPLETA. Si la solicitud no está completa, recibirá una carta con un listado de los documentos que faltan y el tiempo que tiene para presentarlos.

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

Los paquetes de solicitud completos con todos los documentos solicitados (consulte la Lista de verificación de la página 2) se procesarán en el lapso de 30 días. Una vez que el Comité de Elegibilidad haya realizado la determinación, se enviará al solicitante una notificación de determinación. Si el solicitante tiene un tutor legal, este también será notificado y, cuando sea adecuado, recibirá una notificación la agencia, el defensor o el profesional que derivó al solicitante.

Si el solicitante cumple con los requisitos, la carta describirá los pasos siguientes. De lo contrario, la notificación incluirá los motivos por los que se determinó que la persona no cumple con los requisitos y una explicación de los derechos de apelación del solicitante. Si no se puede realizar la determinación, se concertará una entrevista en persona.

PREGUNTAS

Si tiene dudas acerca de cómo completar el formulario, llame a la DDD al número 401-462-3014 y solicite hablar con el trabajador social que se encarga de la elegibilidad.

Tenga en cuenta que el DDD no puede comenzar el proceso de determinación de elegibilidad si falta información o esta no está completa.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD

No olvide firmar el formulario de solicitud. Solo se procesarán las solicitudes que hayan sido firmadas.
Complete la Lista A, B o C; marque con una tilde los documentos que se incluyen.

Documentación general

- ☐ Copia del Certificado **de nacimiento del solicitante**
- ☐ Copia de la **tarjeta de seguro social del solicitante**
- ☐ Copia de la **tarjeta de seguro privado (si corresponde)**
- ☐ Copia de **Medicaid y/o tarjeta de Medicare** (Medicaid/Medicare no es necesario para el envío de la solicitud)
- ☐ **Prueba de residencia** en Rhode Island
Los documentos aceptables deben ser actuales y mostrar el nombre y el domicilio (no un apartado de correos). Entre estos se incluyen la tarjeta de inscripción de votante, una factura de servicios públicos, resumen de cuenta bancaria, recibo de sueldo, registros de impuestos, contrato de alquiler o registros académicos que contengan el domicilio del estudiante (puede ser un boletín de calificaciones, diploma, expediente académico o tarjeta de identificación) junto con una licencia o identificación de la madre o el padre que contenga el mismo domicilio.
- ☐ Si corresponde, una copia del **documento de designación de un tutor emitido por el tribunal en materia testamentaria o del poder notarial.**

Documentación relacionada con discapacidad

- ☐ **Diagnóstico oficial del DSM** realizado por un médico, psicólogo o un médico con licencia, como el síndrome de Down, el síndrome de X frágil o la discapacidad intelectual (*envíe todos los diagnósticos*)
- ☐ **Pruebas de inteligencia / cognitivas:** estas pruebas, como Wechsler o Stanford-Binet, evalúan la capacidad intelectual / cognitiva del solicitante y generan puntajes de coeficiente intelectual (*envíe todas las pruebas disponibles*)
- ☐ **Registros vocacionales** a través de la escuela, la Oficina de Servicios de Rehabilitación u otra agencia
- ☐ **SASID #:** Obtenido a través del maestro de primaria de su escuela.
Si corresponde, también envíe la siguiente documentación:
- ☐ **Historial médico** y registros de exámenes físicos más recientes que documentan una discapacidad médica.
- ☐ **Registros psiquiátricos**, incluidas las hospitalizaciones psiquiátricas.
- ☐ Cualquier otra agencia registra que documente last capacidades y limitaciones del solicitante, incluidos, entre otros, informes CEDAR, PASS, HBTS o exámenes escolares como OT o PT.

SOLICITUD DE SERVICIOS

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN PERSONAL

Solo para uso interno

Nombre del solicitante:	Sexo: M F
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:
<u>Dirección del domicilio:</u>	<u>Dirección postal (si es distinta del domicilio):</u>
Calle:	Calle:
Depto:	Depto:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:
Situación de vivienda: ☐ Vive solo(a) ☐ Con familiares ☐ Hogar o residencia de guarda ☐ Otro	

Información escolar

- ☐ Graduado o dejó la escuela
- ☐ Actualmente asiste a la escuela o a un programa de transición

Fecha de finalización de los servicios financiados por la escuela:

Programa escolar o de transición:

Nombre de la persona de contacto de la escuela: Teléfono

SASID # (por favor obtenga del maestro de primaria):

¿El contacto escolar también debe recibir actualizaciones de la aplicación? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, dirección de correo electrónico:

Other Services

Recibe actualmente servicios de parte de alguno de los siguientes: (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| ☐ CEDAR | ☐ ORS |
| ☐ HBTS | ☐ DCYF |
| ☐ PASS | |

BHDDH

Por favor indique cómo aprendió acerca de la División de Discapacidades del Desarrollo DDH:

DISCAPACIDADES DEL SOLICITANTE

Tenga en cuenta que la discapacidad se debe haber presentado antes de que el solicitante haya cumplido los 22 años.

Edad al momento de inicio de la discapacidad:

¿Tiene una discapacidad intelectual que ha sido determinada mediante una evaluación realizada por un psicólogo licenciado u otro profesional licenciado? ☐ Sí ☐ No

Enumerar todos los diagnósticos oficiales, para incluir médico, conductual y desarrollo, y documentación que aparece en la lista de verificación de la página 3.

Tutor designado por el tribunal o poder notarial

¿Tiene un tutor designado por un tribunal? Sí No

¿Tiene un poder notarial? Sí No

Si la respuesta es Sí, haga lo siguiente:

- ☐ Adjunte una copia del documento de designación de un tutor emitido por el tribunal en materia testamentaria

Nombre del tutor:

Parentesco:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad, estado, código postal:

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN FUNCIONAL

Tenga en cuenta que la discapacidad se debe haber presentado antes de que el solicitante haya cumplido los 22 años

A. ¿Tiene un diagnóstico oficial de una discapacidad intelectual (anteriormente MR)?

- ☐ Sí ➔ Vaya a la Sección 3
- ☐ No ➔ Completo B - H a continuación

Tenga en cuenta las siguientes definiciones:

NINGUNA: no necesita asistencia, puede realizar la actividad de manera independiente.

INSTRUCCIONES: recordatorios orales para iniciar una actividad o para realizarla en su totalidad.

DIRECTA: asistencia física o necesidad de la presencia constante de otra persona.

B. APRENDIZAJE

¿Tenía un Programa de Educación Individual (IEP) en la escuela?	☐ Sí	☐ No
¿Puede leer el periódico?	☐ Sí	☐ No
¿Qué libros y revistas lee?		
¿Puede leer la hora?	☐ Sí	☐ No
¿Si la respuesta es Sí, ¿puede hacerlo en un reloj analógico (el que tiene agujas) o digital (tiene solo números, p. ej. 3:47 p. m.)?	☐ Analógico	☐ Digital
¿Tienes problemas sensoriales? En caso afirmativo, describa:	☐ Sí	☐ No

C. CUIDADO PERSONAL

Vestirse, comer, asearse, higiene

¿Necesita ayuda para realizar las siguientes actividades?

Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Bañarse	☐	☐	☐
Lavarse los dientes	☐	☐	☐
Lavarse el cabello	☐	☐	☐
Ir al baño	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐
Comiendo	☐	☐	☐

Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:

D. LENGUAJE EXPRESIVO Y RECEPTIVO

Hablar con los demás, comprender lo que ellos le dicen

¿Comprende a los demás cuando le hablan? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita asistencia especial que lo ayude a comunicarse con las personas que no lo conocen bien? (Por ejemplo, idioma de señas, dispositivos de comunicación, imágenes, o una persona que lo conoce y “reformula” lo que usted quiso decir). Si la respuesta es Sí, describa: ☐ Sí ☐ No

E. MOVILIDAD

Caminar, desplazarse, habilidades motrices

¿Necesita algún dispositivo especial que lo ayude a desplazarse? ☐ Sí ☐ No

¿Puede subir y bajar las escaleras sin ayuda? ☐ Sí ☐ No

¿Puede prenderse los botones de la ropa? ☐ Sí ☐ No

¿Puede subir los cierres de la ropa? ☐ Sí ☐ No

¿Puede usar un lápiz o una lapicera? ☐ Sí ☐ No

Comentarios adicionales:

F. AUTONOMÍA

Tomar sus propias decisiones

¿Tiene un representante del beneficiario para los cheques de SSI o SSDI?	☐ Sí	☐ No
¿Qué facturas paga por sí mismo?		
¿Qué medio usa para pagarlas? (Cheque, tarjeta de crédito, paga en el sitio)		
¿Quién lo ayuda con sus metas y a tomar decisiones importantes (mudanza, nuevo trabajo, etc.)?		
¿Alguien lo ayuda con la planificación y las actividades diarias? Si la respuesta es Sí, ¿de qué manera lo ayuda?	☐ Sí	☐ No
Enumere los clubes a los que pertenece y las organizaciones en las que participa:		
¿Puede mantenerse en contacto con sus amigos sin la ayuda de alguna persona? (Llamarlos o comunicarse de otro modo con ellos para reunirse o hacer planes)	☐ Sí	☐ No
¿En el caso de una emergencia, necesitaría ayuda para salir de su casa? Si la respuesta es Sí, describa:	☐ Sí	☐ No
¿Por cuánto tiempo se siente a gusto estando solo en su hogar?		
Enumere dos razones para llamar a Emergencias (911):		
¿Los demás se aprovechan de usted? (Por ejemplo, le piden dinero o sus pertenencias y luego no se los devuelven) Si la respuesta es Sí, ¿qué hace cuando esto sucede?	☐ Sí	☐ No
¿Qué haría si un extraño lo molestara?		

G. VIDA INDEPENDIENTE

Vivir por cuenta propia

Preparación de las comidas:

Indique el tipo de ayuda que necesita al usar los siguientes electrodomésticos de la cocina:

Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Estufa:	☐	☐	☐
Microondas:	☐	☐	☐
Lavaplatos:	☐	☐	☐
Lavar los platos a mano:	☐	☐	☐

Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:

¿Puede hacer una lista de víveres?	☐ Sí	☐ No
¿Puede leer y seguir las instrucciones de una receta?	☐ Sí	☐ No

Describa los alimentos que componen una comida saludable:

Describa la ayuda que necesitaría para elaborar esta comida:

Tareas Domésticas:

Indique el tipo de ayuda que necesita para realizar las siguientes tareas del hogar:

Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Usar la aspiradora:	☐	☐	☐
Lavar la ropa:	☐	☐	☐
Cambiar las sábanas:	☐	☐	☐
Barrer y limpiar los pisos:	☐	☐	☐
Limpiar el baño:	☐	☐	☐

Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:

Trámites y citas:

Indique el tipo de ayuda que necesita en las siguientes áreas:

Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Usar el autobús RIPTA:	☐	☐	☐
Comprar comida, ropa, etc:	☐	☐	☐
Concertar citas:	☐	☐	☐
Asistir a las citas:	☐	☐	☐
Seguir las indicaciones del médico:	☐	☐	☐
Tomar medicamentos:	☐	☐	☐

Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:

¿Controla el vuelto que le dan cuando compra algo en una tienda?

☐ Sí ☐ No

¿Puede saber si el vuelto es correcto?

☐ Sí ☐ No

¿Si lleva \$14,00 a la tienda y gasta \$5, ¿cuánto dinero le sobra?

¿Cuántas monedas de 25 centavos suman \$1,75?

¿Qué medicamentos toma actualmente?

H. INDEPENDENCIA ECONÓMICA***Trabajo***

Indique el tipo de ayuda que necesita en las siguientes áreas:

Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Buscar trabajo y completar solicitudes:	☐	☐	☐
Participar en una entrevista laboral simple:	☐	☐	☐
Aprender las tareas de un puesto:	☐	☐	☐
Regresar de los descansos a tiempo:	☐	☐	☐
Aceptar las correcciones:	☐	☐	☐
Trabajar con otras personas:	☐	☐	☐

Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:

Enumere los trabajos remunerados que tiene actualmente o ha tenido en el pasado:

Enumere los trabajos como voluntario que tiene actualmente o ha tenido en el pasado:

SECCIÓN 3: SERVICIOS SOLICITADOS MEDIANTE LA DIVISIÓN DE DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO

Describa los tipos de servicios y asistencias que, a su parecer, necesita (un servicio puede ser un instructor laboral y una ayuda sería “ayuda para conseguir trabajo”). Por ejemplo: ¿Necesita ayuda para conseguir trabajo? ¿Necesita de la ayuda de alguien para vestirse? ¿Necesita asistencia familiar? ¿Necesita un lugar para vivir?

- ☐ **Gestión de casos:** servicios prestados por un trabajador social a través de la división para brindar asistencia para acceder a recursos de apoyo.
- ☐ **Apoyo laboral:** ayuda para conseguir un trabajo y conservarlo.
- ☐ **Apoyo durante el día:** medidas de apoyo para ayudar a la persona a desempeñarse como voluntario o en actividades recreativas y sociales.
- ☐ **Apoyo comunitario:** apoyo y asistencia directos para que el participante realice actividades recreativas y sociales, o para relevar al cuidador dentro o fuera de la residencia del participante.
- ☐ **Modificaciones en la vivienda:** cambios efectuados en el hogar para mejorar la capacidad de la persona para ser independiente.

SECCIÓN 4: DIVULGACIÓN

DIVULGACIÓN CONFORME A LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HIPAA)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Divulgación de información

Autorizo la divulgación de la información de carácter educativo, médico, psicológico, vocacional, entre otros, además de registros adicionales que ayudarán a la División de Discapacidad del Desarrollo en el proceso de determinación de la elegibilidad. Esta información puede divulgarse al Departamento de Salud Conductual, Discapacidad del Desarrollo y Hospitales, División de Discapacidad del Desarrollo de Rhode Island.

Esta autorización **de divulgación de información** permanecerá vigente por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que yo la revoque antes de ese plazo.

Mensajes

Llame a este lugar:

- ☐ mi casa
- ☐ mi trabajo
- ☐ mi celular: _____

Si no puede contactarme:

- ☐ Deje un mensaje con los detalles
- ☐ Deje un mensaje para que lo llame

El mejor momento para contactarme es el (día) _____ entre las (horas)

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Notificación de la decisión de elegibilidad

Si desea que se le envíe una copia de la notificación de la decisión de elegibilidad del BHDDH a alguien además de usted, debe proporcionar el nombre y la dirección de esa persona a continuación. Esto servirá de autorización escrita para permitir al BHDDH que divulgue la información y envíe una notificación a alguna persona distinta del solicitante o el tutor legal.

Nombre	Parentesco con el solicitante (p. ej., tutor, representante)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 5: DEMOGRAFÍA Y OTRA INFORMACIÓN

Información Demográfica

Origen étnico o racial: ☐ Blanco (no hispanico) ☐ Negro (no hispanico) ☐ Hispánico
☐ Asiático o de las islas del Pacífico ☐ Amerindio o nativo de Alaska ☐ Otro

Estado civil: ☐ Nunca se ha casado ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)

Parent/Caregiver Information:

Parent/Caregiver Name and Date of Birth: _____

Parent/Caregiver Name and Date of Birth: _____

Modo de comunicación preferido

Prefiero recibir información por ☐ Correo postal ☐ En Correo electrónico

¿En qué idioma desea que le hablemos?

¿En qué idioma desea que le escribamos? _____

¿Necesita un intérprete? (Incluido de idioma de señas) ☐ Sí ☐ No Tipo / Idioma:

Por favor, indique el idioma principal de su padre/tutor:

¿Requiere un dispositivo de comunicación adaptativo?: ☐ Sí ☐ No Especificar:

Seguro Médico

¿Tiene Medicaid? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta fue Sí, n.º de Medicaid

¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta fue Sí, n.º de Medicare

Otro seguro de salud:

Nombre del médico de cabecera o del
proveedor de atención médica:

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fuente de ingresos

¿Recibe alguno de los siguientes?

SSI: ☐ Sí ☐ No Monto mensual: \$

SSDI: ☐ Sí ☐ No Monto mensual: \$

RSDI: ☐ Sí ☐ No Monto mensual: \$

Otra fuente de ingresos: _____ Monto mensual: \$

SECTION6: PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

¿Necesitó que alguien lo ayudara a completar este formulario? Yes No

Si la respuesta es Sí, ¿quién lo ayudó?

Nombre:

Parentesco:

Teléfono:

Autorizo al BHDDH a hablar sobre mi solicitud y registros con la persona mencionada arriba a fin de completar el procedimiento de determinación de elegibilidad.

Envíe esta solicitud y las copias de los documentos solicitados al BHDDH por correo a la siguiente dirección:

**BHDDH-DDD
6 Harrington Road - Simpson Hall
Cranston, RI 02920
(401) 462-3421**

Recibirá un correo electrónico o una carta a modo de confirmación de que hemos recibido esta solicitud.

Firma	
Al firmar debajo, declaro que la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y correcta, ya sea que la haya proporcionado yo o mi representante.	
Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Parentesco	
☐ Solicitante (<i>adulto</i>)	
☐ Tutor legal del adulto designado por un tribunal	
☐ Padre o tutor legal que tiene la custodia del menor	