Estado de Rhode Island
DIVISÃO DE INCAPACIDADES DE DESENVOLVIMENTO
6 Harrington Road – Simpson Hall
Cranston, RI 02920
TELEF.: (401) 462-3421
FAX: (401) 462-2775

INTRODUÇÃO À REQUSIÇÃO DE SERVIÇOS

Ao preencher esta requisição, está a solicitar serviços à Divisão de Incapacidades de Desenvolvimento de Rhode Island. A participação é voluntária; pode revogar esta solicitação a qualquer momento.

Consulte a lista de verificação na página 2 para ver a lista de documentos necessários. **Sem estes documentos e uma requisição assinada, a sua requisição será considerada incompleta, e não poderemos iniciar o processo de análise da requisição.** Tenha em atenção que o requerente e/ou o seu tutor legal deve assinar TODOS os formulários. Se o requerente não puder assinar o seu nome, deve deixar uma marca na linha de assinatura e fazer com que seja testemunhado por um amigo ou familiar.

CRITÉRIOS PARA RECEÇÃO DE SERVIÇOS FINANCIADOS PELO BHDDH

Existem 2 requisitos para receber serviços financiados pelo BHDDH. Tem de:

1. Ser elegível para os serviços do BHDDH por ter uma incapacidade intelectual antes dos 22 anos, ou outro tipo de incapacidade de desenvolvimento que requer serviços semelhantes aos necessários para as pessoas com uma incapacidade intelectual. Consulte os *Critérios de Elegibilidade* abaixo para obter mais detalhes.
2. Ser considerado elegível para Medicaid pelo Departamento de Serviços Humanos.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para serem elegíveis para serviços de apoio financiados através da Divisão de Incapacidade de Desenvolvimento, os indivíduos devem ter uma Incapacidade Intelectual com um QI válido inferior a 70 ou satisfazer a seguinte definição de incapacidade de desenvolvimento, tal como estabelecido na Lei Estatal de RI: O termo *"incapacidade de desenvolvimento" significa uma incapacidade grave e crónica de uma pessoa que*:

- *Tem uma incapacidade mental ou física ou a uma combinação de incapacidades mentais e físicas;*
- *Se manifesta antes de a pessoa atingir a idade de vinte e dois (22) anos;*
- *É provável que continue indefinidamente;*
- *Resulta em <u>limitações funcionais substanciais</u> em três ou mais das seguintes áreas de atividade de vida principais:*
  - *1 Cuidados pessoais*
  - *2 Comunicação*
  - *3 Mobilidade*
  - *4 Aprendizagem*
  - *5 Autodireção*
  - *6 Capacidade para uma vida independente*
  - *7 Autossuficiência económica;*
- *E reflete a necessidade da pessoa de uma combinação e sequência de cuidados especiais, interdisciplinares ou genéricos, tratamento ou outros serviços que são ao longo da vida ou de longa duração e que são individualmente planeados e coordenados.*

Envie por correio as requisições **<u>preenchidas</u>** e todos os outros documentos para:

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

Guarde uma cópia de todos os documentos para os seus registos. A Divisão de Incapacidades de Desenvolvimento (DDD) enviará uma confirmação com a requisição PREENCHIDA e a elegibilidade será determinada dentro de 30 dias. Se uma requisição não estiver completa, receberá uma carta a indicar o que está em falta e quanto tempo tem para apresentar os documentos em falta.

Em caso de dúvida, contacte a Divisão de Incapacidades de Desenvolvimento (DDD) através do número **401-462-3421** e peça para falar com um assistente de casos de elegibilidade.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS A SUBMETER COM ESTA REQUISIÇÃO

A documentação listada em ambas as caixas é necessária para determinar a elegibilidade para os serviços através da Divisão de Incapacidades de Desenvolvimento. Os requerentes que NÃO têm um diagnóstico claro de uma Incapacidade Intelectual serão avaliados com base na forma como a incapacidade do indivíduo tem um impacto significativo nas capacidades funcionais.

Antes de submeter a sua candidatura:

- ❑ Lembre-se de assinar o formulário de requisição. Apenas as requisições que tenham sido assinadas podem ser processadas.
- ❑ Certifique-se de que toda a documentação está anexada.

Documentação geral

☐ Cópia da **Certidão de Nascimento ou formulário I-94** do requerente

☐ Cópia do **Cartão da Segurança Social** do requerente

☐ Cópia do **Cartão de Seguro Privado** *(se aplicável)*

☐ Cópia do **Cartão Medicaid e/ou Medicare** (Medicaid/Medicare não é necessário para a apresentação da requisição)

☐ Comprovativo de **residência em Rhode Island**
A documentação aceitável deverá ser atual e mostrar o nome e a morada (não se aceitam caixas postais). Isto inclui: um cartão de eleitor, fatura de serviços públicos, extrato bancário, talão de cheques de pagamento, registos fiscais, arrendamento ou registos escolares atuais com a morada do aluno, incluindo um boletim de notas, diploma, transcrição ou bilhete de identidade, juntamente com a licença/identificação dos pais com a mesma morada.

☐ Se aplicável, uma cópia da documentação da **Nomeação de Tutela pelo Tribunal de Sucessões** ou **Procuração**

Documentação relacionada com a incapacidade

☐ **Diagnóstico Oficial de DSM** por parte de um médico, psicólogo ou profissional de saúde licenciado, tal como Síndrome de Down, Síndrome do X Frágil, ou Incapacidade Intelectual *(Submeta todos os diagnósticos)*

☐ **Testes de Inteligência/Cognitivos:** Estes testes, tais como o Wechsler ou Stanford-Binet, avaliam a capacidade intelectual/cognitiva do requerente e geram classificações de QI ***(Testes necessários aos alunos em idade escolar no ensino secundário)***

☐ **Registos profissionais** através da escola, Gabinete de Serviços de Reabilitação ou outra agência

☐ **N.º SASID:** Obtido através do professor da escola primária

Se aplicável, submeta também a seguinte documentação:

☐ **Historial médico** e os registos dos exames físicos mais recentes que documentam uma incapacidade médica

☐ **Registos psiquiátricos** incluindo quaisquer hospitalizações psiquiátricas

☐ Qualquer outro registo de agência que documente as capacidades e limitações do requerente, entre outros, CEDARR, PASS, relatórios HBTS ou testes escolares tais como OT ou PT

REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS

Apenas para uso interno

SECÇÃO 1: INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome do requerente: _____ **Género:** ☐ **M** ☐ **F**

Número de Segurança Social: _____ **Data de Nascimento:** _____

Morada de residência:

Rua: _____

Apt: _____

Cidade, Código Estado: _____

Morada de correio (se diferente):

Rua/caixa postal: _____

Apt: _____

Cidade, Código Estado: _____

Telefone: _____ **E-mail:** _____

Situação de residência: ☐ Mora sozinha/o ☐ Com família ☐ Casa/residência de acolhimento ☐ Outro

Informação escolar (se estiver em branco, a idade de 22 anos será registada como data de saída)

☐ O requerente formou-se ou deixou a escola.

☐ O requerente continua a frequentar a escola ou a receber quaisquer serviços financiados pela escola.

Data prevista dos serviços finais de apoio escolar: _____

Escola/Programa de transição: _____

Pessoa de contacto da escola: _____ **Telemóvel#:** _____

N.º SASID (por favor obtenha-o do professor da escola primária): _____

O contacto escolar também deve receber atualizações de requisições? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, endereço de e-mail: _____

Outros serviços:

Está a receber serviços de:
(marque todos os que se aplicam)

☐ CEDAR ☐ ORS

☐ PASS/HBTS ☐ DCYF

☐ RN/CNA/HHA- N.º HRS: __

BHDDH

Indique como tomou conhecimento da Divisão de Incapacidades de Desenvolvimento/BHDDH:

_____

Incapacidade(s) do requerente

Tenha em atenção que a incapacidade deve ter ocorrido antes do requerente completar 22anos.

Idade em que a incapacidade(s) começou: _____

Tem um diagnóstico oficial de uma Incapacidade Intelectual que foi determinada por avaliação de um psicólogo licenciado ou outro profissional licenciado? ☐ Sim ☐ Não

Liste todos os diagnósticos oficiais e inclua toda a documentação médica, comportamental e de desenvolvimento em anexo, tal como listada na lista de verificação na página 3.

_____

Tutela nomeada pelo Tribunal ou Procuração

Tem um tutor nomeado pelo tribunal? ☐ Sim ☐ Não

Tem uma procuração? ☐ Sim ☐ Não

Se "Sim", preencha as informações abaixo

☐ **Anexe uma cópia da documentação da Nomeação de Tutela pelo Tribunal de Sucessões ou documento de Procuração**

Nome do tutor legal ou Pessoa com procuração:

Relacionamento: Telefone:

Morada:

Cidade, Código Estado:

SECÇÃO 2: INFORMAÇÕES FUNCIONAIS

TODOS OS REQUERENTES DEVEM PREENCHER ESTA SECÇÃO.

Se o requerente tiver mais de 22 anos, preencha a secção seguinte para relativamente às capacidades do mesmo aos 22 anos.

Tenha em atenção às seguintes definições:

NENHUMA = Não é necessária assistência, independente nas tarefas
COM INDICAÇÃOES = Lembretes verbais para iniciar ou para a minúcia
DIRETA = Assistência física ou apoio total necessário

A. APRENDIZAGEM

Na escola, tinha um PEI?	☐ Sim	☐ Não
É capaz de ler um jornal?	☐ Sim	☐ Não
Que livros ou revistas lê?		
É capaz de dizer as horas?	☐ Sim	☐ Não
Se sim, com um relógio analógico (relógio com ponteiros) ou digital (apenas números, como 15:47)?	☐ Analógico	☐ Digital
Tem problemas sensoriais que interferem com o funcionamento diário? Se sim, descreva-os:	☐ Sim	☐ Não

B. CUIDADOS PESSOAIS

vestir, comer, cuidados, higiene

Precisa de ajuda para fazer o seguinte:

Atividade	Nenhuma	Com indicação	Direta
Banho:	☐	☐	☐
Escovar os dentes:	☐	☐	☐
Lavar o cabelo:	☐	☐	☐
Ir à sanita:	☐	☐	☐
Vestir:	☐	☐	☐
Comer:	☐	☐	☐

Explique as áreas em que precisaria de dar indicações ou ajuda direta:

C. LINGUAGEM EXPRESSIVA/RECETIVA

falar com outras pessoas/compreender o que dizem

É capaz de compreender as outras pessoas quando falam consigo? ☐ Sim ☐ Não

Precisa de alguma ajuda especial para comunicar com as pessoas que não o conhecem bem? (por exemplo, linguagem gestual, dispositivo de comunicação, imagens ou alguém que conhece "interpreta" o que quer dizer). Se sim, descreva-os: ☐ Sim ☐ Não

D. MOBILIDADE

andar/deslocar/capacidades motoras

Precisa de algum equipamento especial ou apoio físico para o ajudar a deslocar-se? ☐ Sim ☐ Não

É capaz de subir e descer escadas de forma independente? ☐ Sim ☐ Não

É capaz de apertar botões? ☐ Sim ☐ Não

É capaz de fechar fechos de correr? ☐ Sim ☐ Não

É capaz de usar um lápis ou uma caneta? ☐ Sim ☐ Não

Comentários adicionais:

E. AUTODIREÇÃO

tomar as suas próprias decisões

Tem um beneficiário representativo para os cheques SSI/SSDI? ☐ Sim ☐ Não

Que contas paga sozinho(a)?

Como é que paga estas contas (cheque, cartão de crédito, pagamento no local)?

Quem o(a) ajuda com os seus objetivos e grandes decisões (mudança, novo emprego, etc.)?

Alguém o ajuda no planeamento/atividades do dia a dia? Se sim, como? ☐ Sim ☐ Não

Liste os clubes ou organizações a que pertence:

É capaz de se manter em contacto com os seus amigos independentemente? ☐ Sim ☐ Não
(Telefonar ou contactar por telefone para fazer planos para se reunirem)

Precisa de ajuda para sair de sua casa em caso de emergência? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, descreva-os:

Durante quanto tempo se sente confortável em casa sozinho(a)?

Liste duas razões para ligar para o 911:

Os outros por vezes aproveitam-se de si (pedir dinheiro emprestado e não lhe pagar de volta ou levar os seus pertences? Se sim, o que é que faz? ☐ Sim ☐ Não

O que faria se um estranho o(a) estivesse a incomodar?

F. VIDA INDEPENDENTE

a viver por conta própria

Preparação das refeições:

Que tipo de ajuda precisa para utilizar os seguintes eletrodomésticos:

Atividade	Nenhuma	Com indicação	Direta
Fogão:	☐	☐	☐
Micro-ondas:	☐	☐	☐
Máquina de lavar louça:	☐	☐	☐
Louça para Lavar à Mão:	☐	☐	☐

Explique as áreas em que precisaria de dar indicações ou ajuda direta:

É capaz de fazer uma lista de mercearias?	☐ Sim	☐ Não
É capaz de ler e seguir uma receita?	☐ Sim	☐ Não

Descreva os alimentos que fariam uma refeição saudável:

Descreva a ajuda de que precisaria para preparar esta refeição:

Tarefas domésticas:

Que tipo de ajuda é necessária para fazer as seguintes tarefas domésticas:

Atividade	Nenhuma	Com indicação	Direta
Aspirar:	☐	☐	☐
Tratar da roupa:	☐	☐	☐
Mudança de roupa de cama:	☐	☐	☐
Varrer e Lavar:	☐	☐	☐
Limpar a casa de banho:	☐	☐	☐

Explique as áreas em que precisaria de dar indicações ou ajuda direta:

Recados e marcações:

De que tipo de ajuda precisa nas seguintes áreas:

Atividade	Nenhuma	Com indicação	Direta
Apanhar o autocarro RIPTA:	☐	☐	☐
Uber/Rideshare:	☐	☐	☐
Compras (comida, roupa):	☐	☐	☐
Definir marcações:	☐	☐	☐
Chegar às nomeações:	☐	☐	☐
Seguir as indicações do médico:	☐	☐	☐
Tomar medicação:	☐	☐	☐

Explique as áreas em que precisaria de dar indicações ou ajuda direta:

Tem uma carta de condução? ☐ Sim ☐ Não

Se comprar algo numa loja, conta o seu troco? ☐ Sim ☐ Não

Consegue dizer se o troco é a quantia correta? ☐ Sim ☐ Não

Se for à loja com 14,00 $ e gastar 5,00 $, quanto é que lhe restará? Quantos quartos estão em 1,75 $?

Quais são os seus medicamentos atuais?

G. AUTO-SUFICIÊNCIA ECONÓMICA

Trabalho

De que tipo de ajuda precisa nas seguintes áreas:

Atividade	Nenhuma	Com indicação	Direta
Localizar um emprego e preencher a candidatura:	☐	☐	☐
Participar na entrevista básica de emprego:	☐	☐	☐
Aprender o trabalho:	☐	☐	☐
Regressar do intervalo a tempo:	☐	☐	☐
Aceitar a correção:	☐	☐	☐
Trabalhar com outros:	☐	☐	☐

Explique as áreas em que precisaria de ajuda imediata ou direta:

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

Liste qualquer trabalho voluntário que tenha tido (passado ou presente):

SECÇÃO 3: SERVIÇOS SOLICITADOS ATRAVÉS DA DIVISÃO DAS INCAPACIDADES DE DESENVOLVIMENTO

Descreva o tipo de serviços ou apoios que acredita necessitar (um serviço pode ser um Orientador Profissional e o apoio pode ser "ajudar a conseguir um emprego"). Por exemplo: Precisa de ajuda para conseguir um emprego? Precisa de assistência para se vestir? Precisa de apoio familiar? Precisa de um lugar para viver?

- ☐ **Gestão de Casos** - Serviços de um Assistente Social através da Divisão para ajudar no acesso a apoios.
- ☐ **Apoios ao Emprego** - Apoios para encontrar e manter um emprego.
- ☐ **Apoios de Dia -** Apoios para ajudar com experiências de voluntariado ou atividades recreativas e sociais.
- ☐ **Apoios da Comunidade -** Apoio direto e assistência aos participantes para atividades recreativas e sociais, ou para o alívio do prestador de cuidados, dentro ou fora da residência do participante.
- ☐ **Modificações em casa -** Mudanças no lar para aumentar a capacidade do indivíduo de ser independente.

SECÇÃO 4: LANÇAMENTOS

Lançamento do HIPAA

Nome: _____ **Data de Nascimento:** __/__/__

Divulgação de Informação
Autorizo a divulgação de informação incluindo registos educacionais, médicos, psicológicos, vocacionais e outros que irão ajudar a Divisão de Incapacidades de Desenvolvimento no processo de determinação de elegibilidade. Esta informação pode ser divulgada ao Departamento de Rhode Island de Cuidados de Saúde Comportamentais, Incapacidades de Desenvolvimento, e Hospitais, Divisão de Incapacidades de Desenvolvimento.

Esta ***Divulgação de Informação*** permanecerá em vigor durante 1 ano a partir da data assinada, a menos que eu termine por escrito antes.

Mensagens

Ligue para:

- ☐ a minha casa
- ☐ o meu trabalho
- ☐ o meu número de telemóvel: _____

Se não conseguir contactar-me:

- ☐ pode deixar uma mensagem detalhada
- ☐ deixe uma mensagem a pedir-me para devolver a sua chamada
- ☐ _____

A melhor altura para me contactar é*(dia)* _____ entre*(hora)* _____

Assinado: _____ Data: __/__/__

Testemunha: _____ Data __/__/__

Notificação da Decisão de Elegibilidade

Se desejar uma cópia da notificação de decisão de elegibilidade do BHDDH enviada a qualquer pessoa além de si, deve fornecer o nome e morada da pessoa abaixo indicada. Isto serve como autorização escrita para permitir ao BHDDH divulgar informações e enviar um aviso a qualquer outra pessoa que não seja o requerente ou tutor legal.

Nome	Relação com o requerente*(por exemplo, tutor, representante)*

Morada	Cidade	Estado	Código Postal

SECÇÃO 5: DEMOGRÁFICOS E OUTRAS INFORMAÇÕES

Informação Demográfica

Herança Racial/Étnica: ☐ Branco(a) (não hispânico(a)) ☐ Negro(a) (não hispânico(a)) ☐ Hispânico(a) ☐ Ásia/ilha do Pacífico ☐ Índio Americano/ Nativo do Alasca ☐ Outro

Estado Civil: ☐ Nunca se casou ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a)

Informação para Pais/Responsáveis de Cuidados:

Nome e Data de Nascimento dos Pais/Responsáveis de Cuidados: _____

Nome e Data de Nascimento dos Pais/Responsáveis de Cuidados: _____

Formato de Comunicação Preferido

Eu prefiro receber informações através: ☐ Correio Normal ☐ E-mail

Em que língua quer que falemos consigo? _____

Em que língua quer que lhe escrevamos? _____

Precisa de um intérprete? *(incluindo linguagem gestual)*? ☐ Sim ☐ Não Tipo/língua: _____

Indique a língua principal dos seus pais/tutores: _____

Precisa de um dispositivo de comunicação adaptável? ☐ Sim ☐ Não Especifique: _____

Seguro médico

Tem Medicaid? ☐ Sim ☐ Não Tem o Medicare? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, n.º Medicaid _____ *Se sim, n.º Medicare:* _____

Outros Seguros de Saúde: _____

Nome do Médico Principal/Prestador de Cuidados de Saúde: _____

Morada: _____ Telefone: _____

Fonte de rendimentos

Recebe:

SSI: ☐ Sim ☐ Não Quantia por mês: $ _____

SSDI: ☐ Sim ☐ Não Quantia por mês: $ _____

RSDI: ☐ Sim ☐ Não Quantia por mês: $ _____

Outras fontes de rendimento: _____ Quantia por mês: $ _____

SECÇÃO 6: SUBMISSÃO

Precisou de ajuda para preencher este formulário? ☐ Sim ☐ Não

Se "Sim", quem o(a) ajudou a completá-lo?

Nome:

Relacionamento: **Telefone:**

Eu dou permissão ao BHDDH para discutir a minha candidatura e registos com a pessoa acima indicada com o propósito de completar o processo de determinação de elegibilidade.

Envie esta candidatura e cópias de todos os registos necessários para o BHDDH.
Envie por correio para:

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

Receberá um e-mail ou carta a confirmar a receção desta candidatura.

Assinatura

Ao assinar abaixo, concordo que a informação contida nesta candidatura é verdadeira e correta, quer seja dada por mim ou por um representante.

Assinatura	Data

Nome impresso

Relacionamento

☐ Independente*(candidato adulto)*

☐ Tutor designado pelo tribunal para adultos

☐ O pai ou tutor legal do menor