



Estado de Rhode Island

DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

6 Harrington Road – Simpson Hall
Cranston, RI 02920

TEL.: (401) 462-3421

FAX: (401) 462-2775

INTRODUCCIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE SERVICIOS

Al completar esta solicitud, solicita los servicios de la División de Discapacidades del Desarrollo de Rhode Island. La participación es voluntaria, y puede anular este pedido en cualquier momento.

Consulte la lista de verificación de la página 2 para conocer la lista de documentos obligatorios. **Si no presenta los documentos requeridos o no firma este formulario, su solicitud se considerará incompleta y no podremos iniciar el proceso de revisión.** Tenga en cuenta que el/la solicitante o su tutor legal deben firmar TODOS los formularios. Si el/la solicitante es incapaz de firmar con su nombre, debe hacer una marca en la línea de firma en presencia de un amigo o familiar.

CRITERIOS PARA RECIBIR SERVICIOS FINANCIADOS POR EL BHDDH

Debe cumplir con dos requisitos para recibir servicios financiados por el Departamento de Cuidados de la Salud del Comportamiento, Discapacidades del Desarrollo y Hospitales (Department of Behavioral Healthcare, Developmental Disabilities, and Hospitals, BHDDH), los cuales se enumeran a continuación:

1. Ser elegible para los servicios del BHDDH debido a que presenta una discapacidad intelectual antes de los 22 años, o bien padece otro tipo de discapacidad del desarrollo que requiere servicios similares a aquellos que necesitan las personas con discapacidades intelectuales. Consulte la sección “*Criterios de elegibilidad*” a continuación para conocer más detalles.
2. Ser considerado/a elegible para Medicare por el Departamento de Servicios Humanos.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

A fin de ser elegibles para los servicios de apoyo financiados a través de la División de Discapacidades del Desarrollo, las personas deben presentar una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (CI) válido inferior a 70, o bien cumplir con la siguiente definición de “discapacidad del desarrollo” conforme a la ley estatal de Rhode Island: El término “*discapacidad del desarrollo*” se refiere a una *discapacidad crónica y grave que presenta las siguientes características:*

- *Se puede atribuir a un impedimento mental o físico, o a una combinación de impedimentos mentales y físicos.*
- *Se manifiesta antes de que la persona cumpla 22 años de edad.*
- *Es probable que tenga una duración indefinida.*
- *Da lugar a limitaciones funcionales significativas en tres o más de las siguientes áreas principales de actividades de la vida diaria:*

1 <i>cuidado personal;</i>	5 <i>autodirección;</i>
2 <i>comunicación;</i>	6 <i>capacidad para tener una vida independiente;</i>
3 <i>movilidad;</i>	7 <i>autosuficiencia económica.</i>
4 <i>aprendizaje;</i>	
- *Además, refleja la necesidad de la persona de una combinación y una secuencia de atención, tratamiento u otros servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos durante toda la vida o por un período prolongado, que se planifican o se coordinan de forma individual.*

Envíe las solicitudes **completadas** y todos los demás documentos por correo a la siguiente dirección:

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

Guarde una copia de todos los documentos para sus registros. La División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) le enviará una confirmación después de recibir la solicitud COMPLETADA y determinará la elegibilidad en un período de 30 días. Si su solicitud está incompleta, recibirá una carta donde se le indicará la información que falta y cuánto tiempo tiene para presentarla.

Si tiene preguntas, llame a la DDD al 401-462-3421 y pida hablar con un asistente social a cargo de las cuestiones de elegibilidad.
--

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE JUNTO CON ESTA SOLICITUD

La documentación que se indica en ambos recuadros es necesaria a fin de determinar la elegibilidad para los servicios proporcionados a través de la División de Discapacidades del Desarrollo. Los solicitantes que NO tengan un diagnóstico preciso de una discapacidad intelectual se evaluarán con base en cómo la discapacidad que presentan afecta sus capacidades funcionales.

Antes de presentar la solicitud, haga lo siguiente:

- Recuerde firmar el formulario de solicitud. Solo se procesarán las solicitudes que estén firmadas.
- Asegúrese de adjuntar toda la documentación obligatoria.

Documentación general

Copia del **certificado de nacimiento o formulario I-94** del/de la solicitante.

Copia de la **tarjeta del Seguro Social** del/de la solicitante.

Copia de la **tarjeta de seguro privado** (*si corresponde*).

Copia de la **tarjeta de Medicaid o Medicare** (no es obligatorio tener cobertura de Medicaid/Medicare para presentar esta solicitud).

Constancia de **residencia en Rhode Island**.

Para ser aceptable, la documentación deberá ser actual e incluir el nombre y la dirección (y no el apartado postal). Esto incluye una tarjeta de identificación electoral, una factura de servicios públicos, un extracto bancario, un recibo de sueldo, un registro de impuestos, un contrato de arrendamiento o registros escolares actuales con la dirección del/de la estudiante, incluidos un boletín de calificaciones, un diploma, un expediente o una tarjeta de identificación, junto con la licencia/documento de identificación de los padres en el que figure la misma dirección.

Copia de la documentación de la **designación de la tutela por parte de un tribunal testamentario** o del **poder notarial**, si corresponde.

Documentación relativa a la discapacidad

Diagnóstico oficial según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) determinado por un médico, psicólogo o profesional clínico autorizado, como síndrome de Down, síndrome del cromosoma X frágil o discapacidad intelectual (*se deben presentar todos los diagnósticos*).

Pruebas de inteligencia o capacidad cognitiva (como las escalas de inteligencia de Wechsler o Stanford-Binet), que evalúan la capacidad intelectual o cognitiva del/de la solicitante y generan puntuaciones de CI. (**Es necesario que los estudiantes se sometan a estas pruebas en la escuela secundaria**).

Registros de carácter vocacional a través de la escuela, la Oficina de Servicios de Rehabilitación (Office of Rehabilitation Services, ORS) u otra agencia.

N.º de identificación de estudiante asignado por el estado (State-Assigned Student Identification Number, SASID), que debe solicitarse al maestro de educación primaria de la escuela.

Si corresponde, también se debe presentar la siguiente documentación:

Antecedentes médicos y los registros de exploraciones físicas más recientes en los que se documente una discapacidad médica.

Antecedentes psiquiátricos, incluidas todas las hospitalizaciones psiquiátricas.

Registros de otras agencias en los que se documenten las capacidades y limitaciones del/de la solicitante, incluidos informes del programa de Servicios Integrales de Evaluación, Diagnóstico, Valoración, Remisión y Reevaluación (Comprehensive Evaluation, Diagnosis, Assessment, Referral, and Reevaluation, CEDARR), el programa de Servicios y Apoyos de Asistencia Personal (Personal Assistant Services and Supports, PASS) y el programa de Servicios Terapéuticos Domiciliarios (Home Based Therapeutic Services, HBTS), o informes de pruebas escolares, como terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT) o fisioterapia (Physical Therapy, PT).



SOLICITUD DE SERVICIOS

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del/de la solicitante:	Género:	M	F	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:			
<u>Dirección de residencia:</u>	<u>Dirección postal (si es diferente):</u>			
Calle:	Calle/apartado postal:			
Depto.:	Depto.:			
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:			
Teléfono:	Correo electrónico:			
Situación de vivienda:	Vive solo/a	Vive con su familia	Vive en una residencia/hogar de acogida	Otra

Información escolar (Si se deja en blanco, la edad de 22 años se registrará como la fecha de finalización)

El/la solicitante se graduó de la escuela o abandonó sus estudios.

El/la solicitante aún asiste a la escuela o recibe servicios financiados por la escuela.

Fecha prevista de finalización de los servicios de apoyo escolar:

Escuela/Programa de transición:

Persona de contacto de la escuela:

N.º de teléfono:

N.º de SASID (que debe solicitarse al maestro de educación primaria):

¿La persona de contacto de la escuela también debe recibir las actualizaciones sobre la solicitud? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique la dirección de correo electrónico:

Otros servicios

¿Recibe servicios de los siguientes programas o entidades?

(Marque todas las opciones que correspondan).

CEDARR

ORS

PASS/HBTS

DCYF

RN/CNA/HHA. Cant. de horas: ____

BHDDH

Indique cómo conoció a la División de Discapacidades del Desarrollo o al BHDDH:

Discapacidad/es del/de la solicitante

Tenga en cuenta que la discapacidad debe haberse manifestado antes de los 22 años de edad.

Edad en la que se produjo la aparición de la/s discapacidad/es:

¿Cuenta con un diagnóstico oficial de discapacidad intelectual que haya sido determinado a través de la evaluación de un psicólogo u otro profesional autorizado? Sí No

Enumere todos los diagnósticos oficiales, incluidos los diagnósticos de afecciones médicas y trastornos conductuales y del desarrollo, y adjunte la documentación de respaldo que figura en la lista de verificación de la página 3.

Tutela designada por un tribunal o poder notarial

¿Tiene un tutor designado por un tribunal? Sí No

¿Tiene un poder notarial? Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete la información a continuación.

Adjunte una copia de la documentación correspondiente a la designación de la tutela por parte de un tribunal testamentario o al poder notarial.

Nombre del tutor o del representante del poder notarial:

Relación:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad, código postal:

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN RELATIVA A LAS FUNCIONES

TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN.

Si el/la solicitante es mayor de 22 años, la siguiente sección debe completarse según su nivel de capacidad a los 22 años.

Tenga en cuenta las siguientes definiciones:

NULA = No necesita ayuda; puede realizar la tarea de forma independiente.

OPORTUNA = Necesita recordatorios verbales para iniciar o completar la tarea.

DIRECTA = Necesita asistencia física o apoyo de manera total.

A. APRENDIZAJE

¿Cuenta con un programa de educación individualizado (Individualized Education Program, IEP) en la escuela?	Sí	No
¿Es capaz de leer un periódico?		
¿Qué libros o revistas lee?	Sí	No
¿Es capaz de leer la hora? Si la respuesta es "Sí", ¿puede hacerlo en un reloj analógico (con cuadrante y agujas) o en uno digital (solo con números, como 3:47 p. m.)?	Analógico	Digital
¿Tiene problemas sensoriales que interfieren en su desempeño diario? Si la respuesta es "Sí", proporcione una descripción:	Sí	No

B. CUIDADO PERSONAL

(vestirse, comer, acicalarse, higienizarse)

¿Qué tipo de ayuda necesita para realizar las siguientes actividades?

Actividad	Nula	Oportuna	Directa
Bañarse			
Cepillarse los dientes			
Lavarse el cabello			
Ir al baño			
Vestirse			
Comer			

Describe las áreas en las que indicó que necesita ayuda oportuna o directa:

C. LENGUAJE EXPRESIVO/RECEPTIVO

(hablar con otras personas, entender lo que le dicen)

¿Es capaz de entender a las demás personas cuando le hablan?	Sí	No
¿Necesita algún tipo de ayuda especial para comunicarse con personas que no lo/a conocen bien? (Por ejemplo, lenguaje de señas, dispositivo de comunicación, imágenes o ayuda de algún conocido para que “interprete” lo que usted quiere decir). Si la respuesta es “Sí”, proporcione una descripción:	Sí	No

D. MOVILIDAD

(caminar, trasladarse, usar las capacidades motoras)

¿Necesita algún tipo de equipo o apoyo físico especial para trasladarse?	Sí	No
¿Es capaz de subir y bajar escaleras de forma independiente?	Sí	No
¿Es capaz de abrocharse los botones de una prenda?	Sí	No
¿Es capaz de cerrar cremalleras?	Sí	No
¿Es capaz de usar un lápiz o un bolígrafo?	Sí	No

Comentarios adicionales:

E. AUTODIRECCIÓN

(tomar decisiones por su cuenta)

¿Tiene un representante para los cheques del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)/Ingreso del Seguro Social por Discapacidad (Social Security Disability Insurance, SSDI)?	Sí	No
¿Qué facturas paga por su cuenta?		
¿Cómo paga estas facturas (cheque, tarjeta de crédito, en el lugar)?		
¿Quién lo/a ayuda a cumplir sus objetivos y tomar decisiones importantes (mudarse, cambiar de trabajo, etc.)?		
¿Alguien lo/a ayuda con la planificación o las actividades diarias? Si la respuesta es "Sí", ¿de qué manera lo hace?	Sí	No
Enumere los clubes u organizaciones a los que pertenece:		
¿Es capaz de mantenerse en contacto con sus amigos por su cuenta? <i>(Por ejemplo, por teléfono u otro medio de contacto para hacer planes juntos).</i>	Sí	No
¿Necesita ayuda para salir de su casa en caso de una emergencia? <i>Si la respuesta es "Sí", proporcione una descripción:</i>	Sí	No
¿Cuánto tiempo puede pasar solo/a en su casa sin sentirse incómodo/a?		
Enumere dos motivos por los que se debe llamar al 911:		
¿A veces, los demás se aprovechan de usted (le piden dinero prestado y no se lo devuelven, o se llevan sus pertenencias)? Si la respuesta es "Sí", ¿qué hace en estos casos?	Sí	No
¿Qué haría si un extraño lo/a molestara?		

F. VIDA INDEPENDIENTE

(vivir por su cuenta)

Preparación de comidas:

¿Qué tipo de ayuda necesita para usar los siguientes electrodomésticos de cocina?

Actividad	Nula	Oportuna	Directa
Cocina			
Microondas			
Lavavajillas			
Lavado de platos manual			

Describa las áreas en las que indicó que necesita ayuda oportuna o directa:

¿Es capaz de hacer una lista de compras?	Sí	No
¿Es capaz de leer y seguir los pasos de una receta?	Sí	No

Indique los alimentos que incluiría en una comida saludable:

Describa la ayuda que necesitaría para preparar esta comida:

Tareas domésticas:

¿Qué tipo de ayuda necesita para realizar las siguientes tareas domésticas?

Actividad	Nula	Oportuna	Directa
Pasar la aspiradora			
Lavar la ropa			
Cambiar la ropa de cama			
Barrer y lavar los pisos			
Limpiar el baño			

Describa las áreas en las que indicó que necesita ayuda oportuna o directa:

Mandados y citas:

¿Qué tipo de ayuda necesita en las siguientes áreas?

Actividad	Nula	Oportuna	Directa
Tomar un autobús de la RIPTA			
Pedir un Uber/compartir un viaje			
Ir de compras (alimentos, ropa)			
Programar citas			
Asistir a las citas			
Seguir las instrucciones del médico			
Tomar medicamentos			

Describa las áreas en las que indicó que necesita ayuda oportuna o directa:

¿Tiene licencia de conducir?	Sí	No
Si compra algo en una tienda, ¿controla el cambio?	Sí	No
¿Es capaz de darse cuenta de si recibió el monto correcto como cambio?	Sí	No
Si va a la tienda con \$14 y gasta \$5, ¿cuánto dinero le queda? ¿Cuántas monedas de \$0.25 hay en \$1.75?		
¿Qué medicamentos toma actualmente?		

G. AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA

(trabajo)

¿Qué tipo de ayuda necesita en las siguientes áreas?

Actividad	Nula	Oportuna	Directa
Encontrar un trabajo y completar la solicitud para postularse			
Participar en una entrevista laboral básica			
Aprender las tareas implicadas en el trabajo			
Volver a trabajar a tiempo después de un descanso			
Aceptar correcciones			
Trabajar con otras personas			

Describa las áreas en las que indicó que necesitaría ayuda oportuna o directa:

Enumere todos los trabajos remunerados que tuvo/tiene:

Enumere todos los trabajos de voluntariado que tuvo/tiene:

SECCIÓN 3: SERVICIOS SOLICITADOS A TRAVÉS DE LA DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

Describa el tipo de servicios o apoyos que considera que necesita (un servicio puede incluir un asesor laboral, y un apoyo puede ser “obtener ayuda para conseguir trabajo”). Por ejemplo: ¿Necesita ayuda para conseguir trabajo? ¿Necesita asistencia para vestirse? ¿Necesita apoyo familiar? ¿Necesita un lugar para vivir?

Gestión de casos: servicios de un asistente social a través de la División para acceder a los apoyos.

Apoyos para el empleo: ayuda para encontrar y conservar un trabajo.

Apoyos diarios: ayuda para participar en experiencias de voluntariado o en actividades recreativas y sociales.

Apoyos comunitarios: apoyo y asistencia directa a los participantes para asistir a actividades recreativas y sociales, o bien para proporcionar alivio al cuidador, dentro o fuera de la residencia del/de la participante.

Adaptaciones domiciliarias: modificaciones en la casa a fin de mejorar la capacidad de la persona para ser independiente.

SECCIÓN 4: DIVULGACIONES

Divulgación en virtud de la HIPAA

Nombre:

Fecha de nacimiento: / /

Divulgación de información

Autorizo la divulgación de información, incluidos los registros educativos, médicos, psicológicos, vocacionales y de otro tipo, que ayudará a la División de Discapacidades del Desarrollo en el proceso de determinación de la elegibilidad. Esta información puede compartirse con la División de Discapacidades del Desarrollo del Departamento de Cuidados de la Salud del Comportamiento, Discapacidades del Desarrollo y Hospitales de Rhode Island.

Este **consentimiento para la divulgación de información** permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que yo lo cancele por escrito.

Mensajes

Quiero que me llamen a:

 Mi teléfono particular

 Mi teléfono laboral

 Mi teléfono celular

En caso de no poder comunicarse conmigo:

 Quiero que me dejen un mensaje detallado.

Quiero que me dejen un mensaje para que les devuelva la llamada.

El mejor momento para comunicarse conmigo es el (*día*)

en el siguiente horario: (*hora*).

Firma:

Fecha: / /

Firma del testigo:

Fecha: / /

Notificación sobre la decisión de elegibilidad

Si desea que se le envíe una copia de la notificación sobre la decisión de elegibilidad del BHDDH a otra persona además de usted, debe proporcionar el nombre y la dirección de dicha persona a continuación. Esto constituye una autorización por escrito para permitir que el BHDDH divulgue información y le envíe una notificación a cualquier otra persona que no sea el/la solicitante ni su tutor legal.

Nombre	Relación con el/la solicitante (<i>p. ej., tutor legal, representante</i>)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 5: DATOS DEMOGRÁFICOS E INFORMACIÓN ADICIONAL

Datos demográficos

Ascendencia étnica: Caucásica (no hispana) Afroamericana (no hispana) Hispana
 Asiática o nativa de una Indígena norteamericana/ Otra
 isla del Pacífico nativa de Alaska

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Información sobre los padres/cuidadores:

Nombre y fecha de nacimiento del padre/de la madre/del cuidador:

Nombre y fecha de nacimiento del padre/de la madre/del cuidador:

Medio de comunicación preferido:

Prefiero recibir información a través del siguiente medio: Correo postal Correo electrónico

¿En qué idioma quiere que nos comuniquemos con usted de forma oral?

¿En qué idioma quiere que nos comuniquemos con usted por escrito?

¿Necesita un intérprete? Sí No Tipo/idioma:

(Incluido un intérprete de lenguaje de señas).

Indique el idioma principal de su padre/madre/cuidador:

¿Necesita un dispositivo de comunicación adaptativo? Sí No Especifique:

Seguro médico

¿Tiene Medicaid? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique el n.º de cobertura de Medicaid:

Si la respuesta es "Sí", indique el n.º de cobertura de Medicare:

Otro seguro médico:

Nombre del médico de cabecera/proveedor de atención médica:

Dirección:

Teléfono:

Fuente de ingresos

¿Recibe alguno de los siguientes beneficios?

SSI	Sí	No	Monto por mes:	\$ _____
SSDI	Sí	No	Monto por mes:	\$ _____
RSDI	Sí	No	Monto por mes:	\$ _____
Otra fuente de ingresos:			Monto por mes:	\$ _____

SECCIÓN 6: PRESENTACIÓN

¿Necesitó ayuda para completar este formulario? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién lo/a ayudó?

Nombre:

Relación:

Teléfono:

Autorizo al BHDDH a analizar mi solicitud y registros con la persona nombrada arriba, a fin de completar el proceso de determinación de la elegibilidad.

Envíe esta solicitud, junto con copias de todos los documentos obligatorios, al BHDDH a la siguiente dirección:

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

Recibirá un correo electrónico o una carta con la confirmación de la recepción de esta solicitud.

Firma	
Al firmar a continuación, certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta, independiente de si fue proporcionada por mí o por mi representante.	
Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Relación	
Solicitante (<i>mayor de edad</i>)	
Tutor designado por un tribunal del/de la solicitante	
Padre, madre o tutor legal del/de la solicitante (menor de edad)	