



ESTADO DE RHODE ISLAND
SAÚDE COMPORTAMENTAL, DEFICIÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO E HOSPITAIS
DIVISÃO DE DEFICIÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO
6 HARRINGTON ROAD – SIMPSON HALL
CRANSTON, RI 02920 (401) 462-3421

Introdução ao Pedido ou Solicitação de Serviços

Ao preencher esta solicitação você está pedindo os serviços da Divisão de Deficiências do Desenvolvimento do estado de Rhode Island. Pedir essa ajuda é uma decisão sua: é voluntário. Se em algum momento mudar de ideia, você pode cancelar o pedido sem problemas.

Para que possamos analisar sua solicitação, é necessário incluir alguns documentos obrigatórios, que estão em uma lista de verificação na página 2. **Se você não enviar todos esses documentos e esta solicitação assinada, não poderemos iniciar o processo de revisão.** Também é importante que a pessoa solicitante que está pedindo os serviços, e/ou o seu representante legal, assine TODOS os formulários. Se essa pessoa não puder escrever seu nome, ela pode fazer uma marca ou símbolo na linha da assinatura, mas alguém próximo (como um amigo ou familiar) deve estar presente para confirmar que essa marca foi feita por ela.

Envio da Solicitação

Envie por correio a solicitação completa e todos os documentos para:

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

Guarde uma cópia de todos os documentos para o seu registro pessoal. A Divisão de Deficiências do Desenvolvimento (DDD) vai te enviar uma confirmação quando tiver recebido sua solicitação COMPLETA. Se faltar algum documento ou informação, você receberá uma carta informando o que está incompleto e quanto tempo tem para enviar o que falta.

¿O que acontece depois de enviar a solicitação? – Elegibilidade

Quando você enviar todos os documentos junto com sua solicitação completa (veja a lista na página 2), a equipe responsável vai revisar tudo dentro de um prazo de até 30 dias. Assim que a Equipe/Comitê de Elegibilidade tomar uma decisão, ela enviará uma notificação ou aviso sobre sua decisão. Se você, como solicitante, tiver um tutor ou representante legal, ele também será notificado. Às vezes, a agência, defensor ou profissional que te ajudou com a solicitação também será informado. Pode ser que você precise participar de uma entrevista presencial.

Se sua solicitação for aprovada ou considerada elegível, a carta vai dizer quais são os próximos passos. Se sua solicitação não for elegível ou for recusada, a carta vai explicar o motivo e como você pode recorrer (pedir uma nova análise da decisão) se não concordar com ela.

¿Dúvidas?

Se você tiver alguma dúvida enquanto preenche estes formulários, por favor ligue para o Supervisor de Elegibilidade da Divisão de Deficiências do Desenvolvimento (Division of Developmental Disabilities - DDD) no número 401-462-2209.

Documentos que Você Precisa sobre a Deficiência

- Um **Diagnóstico Oficial** feito por um médico licenciado, psicólogo ou profissional que diz que você tem uma deficiência de desenvolvimento (por exemplo: Síndrome de Down, Síndrome de X Frágil ou Deficiência Intelectual).
- Testes de Inteligência ou Pensamento (como o Q.I.)** e avaliações Escolares ou Psicológicas feitas quando você tinha entre 14 e 22 anos.
- Histórico Médico** relacionado à sua deficiência (como relatórios de terapias físicas ou ocupacionais).
- Registros Psiquiátricos** incluindo se você esteve em um hospital por questões de saúde mental.
- Relatórios** das suas escolas atuais ou anteriores, ou de pessoas ou programas que ajudaram você (como HBTS, PASS ou serviços de saúde em casa)

Documentos Gerais que Você Deve Incluir

- Uma cópia da **Certidão de Nascimento** ou do **Formulário I-94**.
- Uma cópia do seu **Cartão do Seguro Social**.
- Uma cópia do **Documento que comprove a Tutela Legal, o Poder Legal (Power of Attorney) ou um Acordo de Apoio para Tomada de Decisões, se aplicável.**

Para receber serviços e apoios de longo prazo através do Medicaid, todas as pessoas devem atender a dois tipos de requisitos: de saúde e financeiros.

A) Elegibilidade / Requisitos clínicos ou de saúde para os serviços de Deficiências do Desenvolvimento (DD):

Para receber apoio da Divisão de Deficiências do Desenvolvimento, a pessoa deve ter uma Deficiência Intelectual ou atender à definição de Deficiência do Desenvolvimento, de acordo com a lei do estado de Rhode Island:

A palavra “deficiência do desenvolvimento” se refere a uma deficiência grave e crônica que:

- *é causada por uma condição ou problema mental, físico ou uma combinação de ambos.*
- *começou antes dos 22 anos de idade.*
- *vai durar por muito tempo ou por toda a vida.*
- *causa dificuldades importantes em três ou mais destas áreas da vida diária:*
 1. *Aprender*
 2. *Cuidar de si mesmo*
 3. *Comunicar-se (compreender e expressar ideias com palavras)*
 4. *Mover-se ou caminhar*
 5. *Tomar decisões e organizar a vida diária*
 6. *Viver de forma independente*
 7. *Ser economicamente autossuficiente (ganhar e administrar seu próprio dinheiro)*
- *Além disso, a deficiência deve refletir que a pessoa precisa de uma combinação de apoios, tratamentos ou serviços especiais — fornecidos por diferentes profissionais ou serviços comuns — que sejam de longa duração ou para toda a vida, e que estejam organizados de acordo com um plano individual.*

B) Elegibilidade / Requisitos Econômicos ou Financeiros

Para receber apoio da Divisão, os solicitantes também devem atender às regras econômicas para poder receber ajuda de longo prazo do Medicaid. Depois que for confirmado que a pessoa atende aos requisitos de saúde, um assistente social poderá ajudar com esta parte do processo.



Solicitação de Serviços

Parte 1: Informações Pessoais

Nome do Solicitante: Gênero:
(masculino, feminino ou outro?)

E-mail do Solicitante: Data de Nascimento:

Endereço Residencial:

Rua:

Apto:

Cidade, Estado e Código Postal (CEP):

Telefone:

Endereço para correspondência (se for diferente do endereço residencial):

Rua ou Caixa Postal:

Apto:

Cidade, Estado e Código Postal (CEP):

Como você vive: Sozinho/a Com a família Casa/Residência com outras pessoas Outro

Tutor Legal

Se você tem 18 anos ou mais, responda estas perguntas:

¿ Você tem um Tutor Legal (alguém que toma decisões por você)? Sim Não

¿ Alguém tem uma autorização legal para tomar decisões por você (Power of Attorney)? Sim Não

¿ Você tem um Acordo de Decisões Apoiadas? Sim Não

Se você marcou "SIM" em alguma das opções acima, por favor preencha com os dados da(s) pessoa(s):

Nome: Telefone:

Endereço: Email:

Relação com você:

Nome: Telefone:

Endereço: Email:

Relação com você:

Como Você Prefere se Comunicar

Prefiro comunicação por escrito Correio Postal (por carta) E-mail

¿Qual idioma você prefere usar? (Exemplo: Português, Espanhol, Inglês etc.)

¿Você precisa de um(a) intérprete? (alguém que traduza ou use linguagem de sinais) Sim Não

Por favor, indique o idioma principal do seu pai/mãe/responsável:

Você precisa de algum aparelho para se comunicar melhor? (como um tablet especial ou algo similar)

Sim Não

Você recebeu ajuda de alguma destas agências ou programas? (Marque o que for aplicável):

Escritório de Serviços de Reabilitação (ORS) Sim Não Não tenho certeza

Departamento de Crianças, Jovens e Famílias (DCYF) Sim Não Não tenho certeza

Programa HBTS/PASS Sim Não Não tenho certeza

Serviços de saúde em casa (Home Health) Sim Não Não tenho certeza

Informações Escolares

¿Você já concluiu todos os serviços que a escola pagava? Sim Não

¿Você está indo para a escola agora, incluindo um programa de transição? Sim Não

Se você colocou que "SIM", quando pretende concluir esses serviços?

Nome da Escola:

Pessoa de Contato na Escola:

Telefone:

Email:

¿Você teve um Plano Educacional Individualizado PEI ou um Plano 504?

Informações sobre sua origem e estado civil

¿Como você se identifica Branco/a (não hispânico/a) Afrodescendente (não hisp) Hispânico/a ou Latino/a
por sua Origem ou Etnia?

Asiático/a ou do Pacífico

Indígena americano/a ou do Alasca

Outro

Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Separado/a

Viúvo/a

Parte 2: Informações Funcionais / Como Você Lida no Dia a Dia

A. APRENDIZAGEM

¿Você tem algum problema com seus sentidos que dificulte significativamente a realização de atividades do dia a dia? (Exemplos: ficar muito incomodado com luzes fortes, barulhos, cheiros, sabores ou o toque de certas coisas. Ou não perceber essas coisas quando deveria.)

Sim Não

Se você respondeu “SIM”, conte como isso afeta sua vida diária. (Por exemplo: “Barulhos altos me incomodam muito e tenho dificuldade para me concentrar na aula” ou “Certos cheiros me dão dor de cabeça e me fazem sentir mal.”)

Click or tap here to enter text.

¿Você tem dificuldade para se organizar ou pensar com clareza, o que dificulta significativamente a realização de atividades do dia a dia? (Isto é chamado de “funcionamento executivo” e inclui coisas como adaptar-se a mudanças, controlar suas emoções, planejar, se organizar ou usar o que você já aprendeu.)

Sim Não

Se você respondeu “SIM”, conte abaixo como isso afeta sua vida diária:

Click or tap here to enter text.

B. CUIDADO PESSOAL

NENHUMA = Você não precisa de ajuda, consegue fazer sozinho/a

INDICAÇÕES = Você precisa que alguém te lembre ou te mostre com gestos o que deve fazer ou como fazer corretamente

AJUDA DIRETA = Você precisa que alguém te ajude fisicamente ou guie passo a passo (por exemplo, segurando sua mão ou indicando cada passo)

¿Você precisa de ajuda para realizar estas atividades? Marque o que se aplica:

Atividade	Nenhuma	Indicações	Ajuda 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"/>
Ir ao banheiro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, explique em quais atividades você precisa de Indicações ou ajuda direta:

C. LINGUAGEM (Expressiva e Receptiva)

¿Consegue entender outras pessoas quando elas falam com você? Sim Não

¿Precisa de ajuda especial para se comunicar com pessoas que não te conhecem bem? Sim Não
(Exemplos: linguagem de sinais, um aparelho para se comunicar, desenhos ou alguém que te ajude a expressar o que quer dizer — “intérprete”).

Se você marcou “SIM”, por favor descreva:

Click or tap here to enter text.

D MOBILIDADE

¿Você usa algum equipamento especial ou precisa de ajuda física para se mover?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
¿Você consegue subir e descer escadas sem ajuda?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
¿Você consegue abotoar botões ou 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

Se você tiver alguma dificuldade para se movimentar ou realizar essas tarefas, descreva abaixo:

Click or tap here to enter text.

E. AUTONOMIA (fazer as coisas por si mesmo/a)

¿Você recebe algum tipo de ajuda financeira do governo, como SSI ou SSDI? Sim Não

Se você respondeu “SIM”, alguém mais administra esse dinheiro por você? Sim Não

¿Você paga alguma despesa ou conta por conta própria? Sim Não

¿O que você gosta de fazer no seu tempo livre? Por favor, descreva abaixo:

Click or tap here to enter text.

¿Você consegue conversar ou se comunicar com sua família ou amigos sem ajuda de outra pessoa?

Sim Não

¿Você precisa de ajuda para sair de casa em uma emergência (como um incêndio ou queda de energia)? Se respondeu “Sim”, explique como você precisa ser ajudado: Sim Não

Click or tap here to enter text.

¿Quanto tempo você se sente bem ficando sozinho/a em casa?

¿Alguém já se aproveitou de você? (Exemplo: pediu dinheiro e não devolveu, ou pegou suas coisas sem permissão)

Sim Não

Se você respondeu “Sim”, conte o que aconteceu ou como você se sentiu:

Click or tap here to enter text.

F. VIDA INDEPENDENTE

NENHUMA = Você não precisa de ajuda, consegue fazer sozinho/a

INDICAÇÕES = Você precisa que alguém te lembre ou te mostre com gestos o que deve fazer ou como fazer corretamente

AJUDA DIRETA = Você precisa que alguém te ajude fisicamente ou guie passo a passo (por exemplo, segurando sua mão ou indicando cada passo)

1. Preparação de refeições:

Quanta ajuda você precisa para fazer as seguintes tarefas:

Atividade	Nenhuma	Indicações	Ajuda Direta	Nunca Tentei
Preparar uma refeição fria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar o micro-ondas ou a torradeira:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar uma refeição simples (ex. pasta):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar uma refeição completa (ex. frango com acompanhamento):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer uma lista de compras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ler e seguir uma receita:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, explique em quais tarefas você precisa que alguém oriente ou ajude passo a passo:

Click or tap here to enter text.

NENHUMA = Você não precisa de ajuda, consegue fazer sozinho/a

INDICAÇÕES = Você precisa que alguém te lembre ou te mostre com gestos o que deve fazer ou como fazer corretamente

AJUDA DIRETA = Você precisa que alguém te ajude fisicamente ou guie passo a passo (por exemplo, segurando sua mão ou indicando cada passo)

2. Tarefas Domésticas:

Quanta ajuda você precisa para realizar estas tarefas em casa:

Atividade	Nenhuma	Indicações	Ajuda Direta	Nunca Tentei
Passar o aspirador:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar roupa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trocar os lençóis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varrer e passar pano:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpar o banheiro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar louça ou usar a lava-louças:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, explique em quais atividades você precisa de Indicações ou ajuda direta:

Click or tap here to enter text.

3. Habilidades para a vida diária

- ¿Você tem carteira de motorista? Sim Não
- ¿Você sabe usar o transporte público ou solicitar uma viagem por aplicativo? Sim Não
- ¿Você carrega dinheiro ou cartão de débito sozinho/a? Sim Não
- ¿Você consegue dizer a alguém se estiver se sentindo mal ou doente? Sim Não
- ¿Você sabe como entrar em contato com alguém em uma emergência, se precisar? Sim Não
- ¿Você consegue comprar um único item em uma loja ou pela internet sozinho/a? Sim Não
- ¿Você consegue fazer compras de vários itens sozinho/a em uma loja ou pela internet? Sim Não
- ¿Você consegue se organizar e chegar sozinho/a a um compromisso ou consulta? Sim Não
- ¿Você toma medicamentos por conta própria? Sim Não Não se aplica ao meu caso
- ¿Você renova ou repõe seus medicamentos por conta própria? Sim Não Não se aplica ao meu caso
- ¿Quer contar mais sobre alguma ajuda que você precisa no dia a dia? Escreva abaixo:

Click or tap here to enter text.

G. INDEPENDÊNCIA FINANCEIRA (trabalho e dinheiro)

NENHUMA = Você não precisa de ajuda, consegue fazer sozinho/a

INDICAÇÕES= Você precisa que alguém te lembre ou te mostre com gestos o que deve fazer ou como fazer corretamente

AJUDA DIRETA= Você precisa que alguém te ajude fisicamente ou guie passo a passo (por exemplo, segurando sua mão ou indicando cada passo)

Atividade	Nenhuma	Indicações	Ajuda Direta	Nunca Tentei
Preencher uma solicitação de emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participar de uma entrevista básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguir instruções no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voltar do intervalo no horário correto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceitar comentários ou sugestões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhar bem com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários Adicionais (Escreva algo mais que queira contar sobre sua experiência profissional ou os apoios que precisa):

--

Liste os trabalhos pelos quais recebeu pagamento, seja atualmente ou no passado:

Experiência Profissional / Experiência de trabalho pago		
Nome do Trabalho ou Empresa	Datas	Cargo / Função / Papel
Obrigações/ O que você estava fazendo lá?		
Nome do Trabalho ou Empresa	Datas	Cargo / Função / Papel
Obrigações/ O que você estava fazendo lá?		
Nome do Trabalho ou Empresa	Datas	Cargo / Função / Papel
Obrigações/ O que você estava fazendo lá?		

Liste os trabalhos voluntários (trabalho sem pagamento) que você já realizou ou está realizando atualmente:

Experiência Voluntária		
Nome do Trabalho ou Empresa	Datas	Cargo / Função / Papel
Obrigações/ O que você estava fazendo lá?		
Nome do Trabalho ou Empresa	Datas	Cargo / Função / Papel
Obrigações/ O que você estava fazendo lá?		
Nome do Trabalho ou Empresa	Datas	Cargo / Função / Papel
Obrigações/ O que você estava fazendo lá?		

PARTE 3: **OPCIONAL**

Serviços que você está buscando através da Divisão de Deficiências do Desenvolvimento

Escreva que tipo de serviço ou apoio gostaria de receber. (Exemplo: alguém que acompanhe você em atividades, ajuda em casa ou na escola, apoio para conseguir um emprego etc.).

Click or tap here to enter text.

PARTE 4: Notificação ou Aviso

Notificação sobre a Decisão de Elegibilidade

Se você deseja que a carta com a decisão sobre sua solicitação também seja enviada a outra pessoa (além de você), preencha as informações dessa pessoa abaixo. Isso serve como uma permissão por escrito para que a BHDDH possa compartilhar essa informação.

Nome:	Relação com o Solicitante/ (ex.: mãe, tutor, representante)		
Endereço:	Cidade	Estado	Código Postal
Email:			

PARTE 5: Envio do Formulário

¿Você precisou de ajuda para preencher este formulário? Sim Não

Se você marcou "**SIM**", complete os dados sobre a pessoa que ajudou você.

Nome			
Relação com a pessoa:		Telefone:	

Dou permissão à BHDDH para falar sobre minha solicitação e meus dados com a pessoa nomeada acima, para auxiliar no processo de decisão/elegibilidade.

ASSINATURA do/a Solicitante ou Tutor Legal: [Click or tap here to enter text.](#)

ESCREVA COM LETRA CLARA o nome do/a Solicitante ou Tutor Legal: [Click or tap here to enter text.](#)

Departamento de Saúde Comportamental, Deficiências do Desenvolvimento e Hospitais de Rhode Island

As informações que você compartilha serão protegidas de acordo com as leis estaduais e federais sobre privacidade, incluindo a Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde de 1996.