

ARROWHEAD WEST CDDO

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA DE DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO SOLICITUD PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD

Se requiere la siguiente información para procesar la solicitud de elegibilidad y cumplir con las regulaciones estatales con el fin de informar datos estadísticos. Se mantendrá la confidencialidad.

Información general:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Sexo: Hombre Mujer Estado civil: _____
Número de seguro social: _____ Lugar de nacimiento: _____
Estado de ciudadanía: _____ Lenguaje hablado: _____

Seguro médico

¿Tiene Medicaid? No Sí En caso afirmativo, número de Medicaid: _____
Si no, ¿ha solicitado? No Sí - No elegible Sí – Solicitud en proceso

Discapacidades:

Edad de inicio

Primaria:

Otra:

Otra:

Otra:

Situación de vida actual:

Con la familia En la comunidad con apoyo En casa de grupo Independientemente

Otra

Actividad del día actual:

Ninguna Empleo competitivo Trabajo voluntario Escuela/Capacitación Ocupacional
programa de día Otra

¿Está en riesgo de perder su actividad diaria actual o necesita una vida más estructurada?

No Sí

Nombre de los padres:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono de casa: Teléfono del trabajo:

Nombre del tutor legal:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono de casa: Teléfono del trabajo:

Lugar de la audiencia: Caso de Corte #:

Si la tutela es limitada, ¿cuál es la limitación?

Si no se ha designado tutor, ¿se necesita uno? No sí

Nombre del conservador o beneficiario:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono de casa: Teléfono del trabajo:

Nombre del Contacto:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono de casa: Teléfono del trabajo:

Relación con el solicitante:

Hermanos, nombres y edades:

¿Ha vivido alguna vez en alguno de los siguientes?

Hospital de retraso mental del estado de Kansas (KNI, Parsons, Winfield, Norton)	No	Sí
Hospital de Salud Mental del Estado de Kansas (Topeka, Larned, Osawatomie)	No	Sí
ICF/MR privado	No	Sí

En caso afirmativo, ¿dónde?

Enumere todas las demás instalaciones/programas en los que ha recibido servicios:

Fuentes de ingresos (cantidades mensuales):

Apoyo de la familia \$	Seguro de Ingreso Suplementario \$
Empleo Subsidio \$	Ingreso de Seguro Social por Discapacidad \$
Familiar \$	Beneficios de Seguro Social para Sobrevivientes \$
Otra (especificar) \$	

Educación especial

Ninguna
Asistido / Asistiendo
Graduado de escuela secundaria o GED
Educación después de secundaria

Educación Regular

Ninguna
Asistido / Asistiendo
Graduado de escuela secundaria o GED
Educación después de secundaria

Si actualmente asiste a la escuela secundaria, mes y año previstos de finalización:

Historial de la escuela:

Nombre de escuela	Fechas de asistencia
-------------------	----------------------

Información médica:

Condición Física: Excelente Buena Mala

Convulsiones: No Sí

Alergias (Alimentarias o Médicas):

Médico Actual:

Teléfono:

Dirección del Médico:

Fecha del Último Exámen:

Medicamentos Actuales:

Medicamentos Anteriores (Tomados en el último año):

¿Qué servicios o apoyos necesita en este momento?

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR JUNTO CON LA SOLICITUD COMPLETA:

Envíe una copia de la siguiente documentación aplicable junto con la solicitud completa. Esta información se utilizará para determinar si el solicitante cumple con los criterios de elegibilidad de discapacidad del desarrollo. Por favor, verifique la documentación que ha adjuntado a la solicitud. La falta de aportación de la documentación puede retrasar el trámite de la solicitud.

Evaluaciones Psicológicas (más reciente)

Registros Escolares/Plan de Educación Individual (IEP)

Historial Social

Registros de Salud Mental (si corresponde)

Registros Médicos (si están relacionados con la discapacidad o el nivel de funcionamiento)

Plan de Apoyo Centrado en la Persona (PCSP) (si corresponde)

Evaluación Vocacional (si aplica)

Consentimiento y Acuerdos

1. Me han proporcionado un folleto que explica el propósito de la Organización Comunitaria de Discapacidades del Desarrollo (CDDO) y el área de servicio aprobada de Arrowhead West CDDO.
2. Acepto que la información contenida en esta solicitud es correcta según mi mejor entendimiento. Entiendo que la falsificación de información en este formulario puede ser motivo de negación o rechazo de servicios y/o apoyos.
3. Entiendo que la información que proporcioné dentro de la Solicitud de Determinación de Elegibilidad para Servicios se utilizará para determinar si yo (el solicitante) cumpla con los criterios de elegibilidad y para obtener datos estadísticos según lo requiera el Estado de Kansas.
4. Acepto una investigación completa de mi elegibilidad, incluyendo consultas de médicos y otros profesionales, y la divulgación de registros que puedan ayudar a determinar mi elegibilidad (la del solicitante) para los servicios de IDD que incluyen evaluaciones psicológicas, registros escolares, antecedentes sociales, registros médicos, y otros informes de evaluación disponibles. Acepto obtener los informes necesarios para determinar mi elegibilidad y proporcionarlos al CDDO.
5. Entiendo que puedo apelar la decisión tomada con respecto a mi elegibilidad si no estoy satisfecho con el resultado. Entiendo que esta apelación debe hacerse por escrito al Coordinador de Admisiones del CDDO.
6. Entiendo que si se determina que soy elegible, se espera que informe cualquier cambio en mis circunstancias que afecte mi elegibilidad y que cooperaré plenamente en todas las redeterminaciones de mi elegibilidad. Además, acepto informar al CDDO si he sido aceptado y colocado en una lista de espera en otra área del CDDO.

7. Entiendo que aunque se determine que soy elegible para los servicios de IDD, no hay garantía que seré inmediatamente aceptado en esos servicios. La aceptación depende a la disponibilidad de fondos y vacantes para los servicios solicitados. Entiendo que no hay garantía de una continuación de los servicios una vez aceptados si la financiación para esos servicios ya no está disponible.

8. Entiendo que tendré que participar en al menos una revisión inicial y anual para elegibilidad funcional a través de la Evaluación BASIS.

9. Entiendo que la información dentro de esta solicitud se mantendrá confidencial y no será divulgada sin mi consentimiento específico por escrito o el de mi tutor, según corresponda. Excepciones a esto serían agencias a las que el CDDO debe divulgar ciertos tipos de información, como Kansas Department for Aging and Disability Services (KDADS), Seguro Social, Departamento de Mano de Obra, fuentes de financiación como Vivienda y Desarrollo Urbano, Servicios de Rehabilitación de Kansas, y agencias de acreditación como la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARRO). Esta aplicación también se compartirá con el proveedor de servicios comunitarios de su elección.

Al firmar a continuación, acepto que la información contenida en esta solicitud es correcta a mi mejor entendimiento. Entiendo que la falsificación de información en este formulario puede ser motivo de negación o rechazo de servicios y/o apoyos.

Entiendo que hay criterios de elegibilidad que debo cumplir y no hay garantía de servicios incluso si cumplo con los criterios de elegibilidad.

Doy mi aprobación para compartir mi nombre con todos los proveedores de servicios comunitarios afiliados cuando lo soliciten.

Yes No Si no marca una respuesta, se supondrá que da su aprobación para compartir su nombre cuando lo soliciten.

Recibí una copia de "Derechos de las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo (IDD) aprobadas por el estado el 5-8-2018.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____