

**DEVOLVER A:**

**Southern Maryland Regional Office  
312 Marshall Avenue, Suite 700  
Laurel, MD 20707  
Número para llamadas sin cargo 1-888-207-2479  
Número principal 301-362-5100  
TDD 301-362-5131**

**ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO  
FORMULARIO PARA SOLICITAR EL SERVICIO**

**SÓLO PARA USO INTERNO**

**Oficina regional:** \_\_\_\_\_

**Fecha de recepción:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación del solicitante:** \_\_\_\_\_

**1ª PARTE: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE**

**I-1. Número de seguro social del solicitante:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**I-2. Número de asistencia médica del solicitante:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Federal \_\_\_\_ Estatal Fecha de inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Actualmente todas las asistencias médicas están subvencionadas por el estado federal)

**I-3. Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inic. 2º nombre

**I-4. Dirección postal permanente del solicitante:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Casilla Postal N° N° Apt.

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal

**I-5. Número de teléfono del solicitante:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que rellena la solicitud** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

¿Desea que otra persona reciba información sobre el estado de su solicitud?  
\_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

Si la respuesta es no, no divulgaremos ningún tipo de información que esté relacionada con el estado de su solicitud a nadie más que usted fuera de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, por su sigla en inglés).

Si la respuesta es sí, llene este formulario. Esto autoriza a la DDA a informarles sólo a aquellas personas que usted señale en su solicitud a medida que la procese. Si llena esta solicitud, las agencias o las personas de su lista recibirán copias de todas las cartas que se le envíen a usted relacionadas con su solicitud. **No llene este formulario a menos que desee que alguien se entere del estado de su solicitud para la remisión a agencias por servicios.**

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SOLICITUD DE SERVICIOS

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autorizo a la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) a divulgar información relacionada con el estado de la solicitud de servicios para el solitante anteriormente mencionado.

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

## Pedido para obtener información por parte de profesionales y agencias

Para verificar la elegibilidad y planear los servicios podríamos necesitar información por parte de profesionales y agencias que estén familiarizadas con la discapacidad y los servicios que necesita el solicitante. El formulario de divulgación de información autoriza a la Administración de Discapacidades del Desarrollo a obtener información de los profesionales y de las agencias que se enumeran a continuación.

---

### AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y RECIBIR INFORMACIÓN

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Por la presente, le otorgo permiso a la persona y/o agencia(s) que se enumeran a continuación, para divulgar cualquier información que esté en su poder que esté relacionada con el solicitante a la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) para ayudarles a determinar la elegibilidad del solicitante para recibir los servicios.

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

**I-6. Condado en el que reside el solicitante**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Allegany     | <input type="checkbox"/> (10) Frederick       | <input type="checkbox"/> (18) St. Mary's       |
| <input type="checkbox"/> (2) Anne Arundel | <input type="checkbox"/> (11) Garrett         | <input type="checkbox"/> (19) Somerset         |
| <input type="checkbox"/> (3) Baltimore    | <input type="checkbox"/> (12) Hartford        | <input type="checkbox"/> (20) Talbot           |
| <input type="checkbox"/> (4) Calvert      | <input type="checkbox"/> (13) Howard          | <input type="checkbox"/> (21) Washington       |
| <input type="checkbox"/> (5) Caroline     | <input type="checkbox"/> (14) Kent            | <input type="checkbox"/> (22) Wicomico         |
| <input type="checkbox"/> (6) Carroll      | <input type="checkbox"/> (15) Montgomery      | <input type="checkbox"/> (23) Worcester        |
| <input type="checkbox"/> (7) Cecil        | <input type="checkbox"/> (16) Prince George's | <input type="checkbox"/> (30) Baltimore City   |
| <input type="checkbox"/> (8) Charles      | <input type="checkbox"/> (17) Queen Anne's    | <input type="checkbox"/> (40) Washington, D.C. |
| <input type="checkbox"/> (9) Dorchester   |   | <input type="checkbox"/> (50) Fuera del estado |

**I-7. Fecha de nacimiento del solicitante:**          Mes.          Fecha          Año.         

**I-8. Sexo del solicitante:**  Masculino  Femenino

**I-9. Raza del solicitante:**  (1) Negra  (2) Blanca  (3) India americana  
 (4) Asiática  (5) Otra

**I-10. Estado civil del solicitante:**  (1) Soltero  (2) Casado  
 (3) Divorciado  (4) Viudo

**I-11. ¿La discapacidad apareció u ocurrió antes de los 22 años de edad?**  (1) Sí  (2) No

**I-12. Discapacidad(es) del solicitante:**

En la lista a continuación, ingrese los códigos de la(s) discapacidad(es) del solicitante en orden de **prioridad**, hasta un máximo de seis, en los espacios suministrados.

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_  
(4) \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_ (6) \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| (00) No disponible                              | (12) Retraso mental                     |
| (01) Ninguno                                    | (13) Esclerosis múltiple                |
| (02) Autismo                                    | (14) Distrofia muscular                 |
| (03) Problemas de conducta                      | (15) Discapacidad ortopédica            |
| (04) Ceguera / deficiencia visual grave         | (16) Problema de aprendizaje específico |
| (05) Parálisis cerebral                         | (17) Trastornos del habla/lenguaje      |
| (06) Dependencia química (incluye alcoholismo)  | (18) Espina bífida                      |
| (07) Fibrosis quística                          | (19) Lesión en la columna vertebral     |
| (08) Sordera / Trastornos graves de la audición | (20) Otros trastornos neurológicos      |
| (09) {Reservado}                                | (21) Indeterminado                      |
| (10) Epilepsia/convulsiones                     | (22) Otros                              |
| (11) Lesión de la cabeza                        | (23) Trastornos mentales                |
|   | (24) SIDA                               |

**I-13. Movilidad del solicitante:**

- (1) Camina solo
- (2) Camina con aparatos de apoyo
- (3) Camina solo pero con dificultad
- (4) En silla de ruedas que él mismo opera
- (5) En silla de ruedas y necesita ayuda
- (6) Inmóvil

**I-14. Necesidad de supervisión del solicitante:**

- (1) No necesita supervisión
- (2) Supervisión ocasional
- (3) Mínima supervisión diaria
- (4) Supervisión diaria considerable
- (5) Supervisión continua durante el día
- (6) Supervisión continua las 24 horas
- (7) No está seguro

**I-15. Capacidad de comunicación del solicitante:**

- (1) Habla y se hace entender
- (2) Habla pero es difícil entenderle
- (3) Usa gestos
- (4) Usa lenguaje de señas
- (5) Usa una tabla o aparato de comunicación
- (6) Ninguna

**I-16. Nivel de funcionamiento del solicitante:**

- (0) En blanco
- (1) Leve
- (2) Moderado
- (3) Grave
- (4) Profundo
- (5) Desconocido

**I-17. Habilidad del solicitante para realizar las actividades de la vida diaria (marque la casilla adecuada).**

	Completamente Independiente	Necesita ayuda	Completamente dependiente
	(1)	(2)	(3)
A. Comer .....	_____	_____	_____
B. Vestirse.....	_____	_____	_____
C. Bañarse.....	_____	_____	_____
D. Usar el baño.....	_____	_____	_____
E. Higiene personal.....	_____	_____	_____
F. Subirse y bajarse de la cama	_____	_____	_____

**2da Parte: Información sobre la persona que provee cuidados/el tutor/un familiar cercano**

La persona que provee cuidados es responsable del cuidado diario del solicitante. Si el solicitante se encuentra en una clínica residencial, escriba el nombre de la persona de contacto.

**II-1. Nombre de la persona a cargo del cuidado:**

Apellido	Nombre	Inic. 2º nombre
----------	--------	-----------------

**II-2. Dirección postal permanente de la persona a cargo del cuidado:**

---

Casilla. N°	Apart. N°
-------------	-----------

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

**II-3. Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**II-4. Condado de residencia**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Allegany     | <input type="checkbox"/> (10) Frederick       | <input type="checkbox"/> (18) St. Mary's       |
| <input type="checkbox"/> (2) Anne Arundel | <input type="checkbox"/> (11) Garrett         | <input type="checkbox"/> (19) Somerset         |
| <input type="checkbox"/> (3) Baltimore    | <input type="checkbox"/> (12) Hartford        | <input type="checkbox"/> (20) Talbot           |
| <input type="checkbox"/> (4) Calvert      | <input type="checkbox"/> (13) Howard          | <input type="checkbox"/> (21) Washington       |
| <input type="checkbox"/> (5) Caroline     | <input type="checkbox"/> (14) Kent            | <input type="checkbox"/> (22) Wicomico         |
| <input type="checkbox"/> (6) Carroll      | <input type="checkbox"/> (15) Montgomery      | <input type="checkbox"/> (23) Worchester       |
| <input type="checkbox"/> (7) Cecil        | <input type="checkbox"/> (16) Prince George's | <input type="checkbox"/> (30) Baltimore City   |
| <input type="checkbox"/> (8) Charles      | <input type="checkbox"/> (17) Queen Anne's    | <input type="checkbox"/> (40) Washington, D.C. |
| <input type="checkbox"/> (9) Dorchester   |   | <input type="checkbox"/> (50) Fuera del estado |

**II-5. Fecha de nacimiento: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_**

**II-6. Relación con el solicitante:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Padre               | <input type="checkbox"/> (4) Otro pariente           | <input type="checkbox"/> (7) Agencia DDA |
| <input type="checkbox"/> (2) Esposo/a            | <input type="checkbox"/> (5) El solicitante mismo    |  |
| <input type="checkbox"/> (3) No está relacionado | <input type="checkbox"/> (6) Agencia pública/privada |  |



**PARIENTE CERCANO**

Si el pariente cercano no es el proveedor de cuidados principal o el tutor legal designado por la corte, rellene la sección a continuación:

**II-12. Nombre del familiar cercano:**

Inic. 2º nombre	Apellido	Nombre
-----------------	----------	--------

**II-13. Dirección postal permanente del familiar cercano:**

Casilla N°.	Apart. N°
-------------	-----------

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

**II-14. Teléfono (\_\_\_\_)**

**II-15. Condado de residencia:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Allegany     | <input type="checkbox"/> (10) Frederick       | <input type="checkbox"/> (18) St. Mary's       |
| <input type="checkbox"/> (2) Anne Arundel | <input type="checkbox"/> (11) Garrett         | <input type="checkbox"/> (19) Somerset         |
| <input type="checkbox"/> (3) Baltimore    | <input type="checkbox"/> (12) Harford         | <input type="checkbox"/> (20) Talbot           |
| <input type="checkbox"/> (4) Calvert      | <input type="checkbox"/> (13) Howard          | <input type="checkbox"/> (21) Washington       |
| <input type="checkbox"/> (5) Caroline     | <input type="checkbox"/> (14) Kent            | <input type="checkbox"/> (22) Wicomico         |
| <input type="checkbox"/> (6) Carroll      | <input type="checkbox"/> (15) Montgomery      | <input type="checkbox"/> (23) Worcester        |
| <input type="checkbox"/> (7) Cecil        | <input type="checkbox"/> (16) Prince George's | <input type="checkbox"/> (30) Baltimore City   |
| <input type="checkbox"/> (8) Charles      | <input type="checkbox"/> (17) Queen Anne's    | <input type="checkbox"/> (40) Washington, D.C. |
| <input type="checkbox"/> (9) Dorchester   |   | <input type="checkbox"/> (50) Fuera del estado |

**II-16. Relación con el solicitante:**

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Padre    | <input type="checkbox"/> (3) {Reservado}   |
| <input type="checkbox"/> (2) Esposo/a | <input type="checkbox"/> (4) Otro pariente |