

DEVOLVER A:

Western Regional Office
1360 Marshall Street
Hagerstown, MD 21740
Número para llamadas sin cargo 1-888-791-0193
Número principal 301-791-4670

**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 |