

Trámite de determinación de discapacidad del desarrollo

Se requiere una verificación de la discapacidad del desarrollo de una persona para determinar su elegibilidad para los servicios de la OPWDD. Llene este formulario y envíelo a su DDSO local. (Vea las instrucciones en la página 2).

Debe adjuntarse la documentación que demuestra la discapacidad antes de los 22 años.

Comuníquese con su DDSO local si tiene preguntas o necesita asistencia para llenar este formulario.

Escriba a máquina o en letras de imprenta legibles. El * indica la información obligatoria.

*Sección 1 Nombre de la persona

*Nombre:	N.º TABS (si lo sabe):	*N.º de Seguro Social:
*Fecha de nacimiento:	N.º de Medicaid:	*Condado de residencia:
		*Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
*Domicilio: Dirección postal (si es diferente):		
*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
*Teléfono:		*También conocido como:

*Enviar información a (marque todas las que desee):

1. Mi casa
2. Mi dirección postal:
3. Padre o madre/Defensor 1 (llene la Sección 2 Nombre y dirección de P/D1) **Nota:** no marque 3 o 4 si el defensor es la agencia mencionada en la Sección 3.
4. Padre o madre/Defensor 2 (llene la Sección 2 Nombre y dirección de P/D2)
5. Coordinador de PASRR

Sección 2: Padre, madre o defensores involucrados: Utilice la dirección en la que recibe el correo. Opcional a menos que haya marcado 3 o 4 más arriba.

Nombre del P/D1:	Nombre del P/D2:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Estado:	Estado:
Código postal:	Código postal:
Teléfono:	Teléfono:
Pais:	Pais:

Sección 3: Información sobre la Agencia de referencia (si corresponde): Recibe la información automáticamente si se completa.

Nombre de la agencia:
Código de la agencia (si lo sabe):
Dirección:
Contacto en la agencia:
Teléfono:
Ciudad:
Estado:
Código postal:

*Sección 4: Marque los servicios que le interesa recibir si resulta elegible

<input type="checkbox"/> 1. Solo determinación de discapacidad del desarrollo: no solicita servicios en este momento.	<input type="checkbox"/> 3. Centro de relevo	<input type="checkbox"/> 4. Habilitación residencial - IRA
<input type="checkbox"/> 2. Servicios de Apoyo Individualizados (ISS, por sus siglas en inglés).	<input type="checkbox"/> 6. Centro de cuidado intermedio (Intermediate Care Facility, ICF)	<input type="checkbox"/> 7. Habilitación diaria
<input type="checkbox"/> 5. Habilitación para la Comunidad	<input type="checkbox"/> 9. Servicios prevocacionales	<input type="checkbox"/> 10. Trabajo respaldado (SEMP)
<input type="checkbox"/> 8. Tratamiento diario	<input type="checkbox"/> 11. Cuidados en el hogar	<input type="checkbox"/> 12. FET: Educación y capacitación familiar
<input type="checkbox"/> 13. CSS: Respaldo y servicios consolidados	<input type="checkbox"/> 14. Administración de casos; por ejemplo, MSC	<input type="checkbox"/> 15. Modificaciones ambientales/dispositivos de adaptación
<input type="checkbox"/> 16. Clínica del artículo 16	<input type="checkbox"/> 17. Relevo	<input type="checkbox"/> 18. Otro apoyo para la familia
<input type="checkbox"/> 19. Evaluación PASRR del nivel II	<input type="checkbox"/> 20. Otro (especifique):	

*Completado por (nombre): _____ *Fecha _____

Escriba en letras de imprenta legibles

*Formulario completado por: 1. Mi 2. Padre o madre/Defensor 3. Agencia 4. Coordinador de PASRR

Following to be completed by DDSO Staff Only:

Date Received by DDSO:	Intake Staff Name:
Individual's TABS ID #:	Date entered in TABS:
	By (initials):

**Instrucciones para completar el Trámite de determinación
de elegibilidad para servicios de la OPWDD**
Escriba toda la información en letra de imprenta clara o a máquina

Instrucciones generales:

Llene este formulario y envíelo a su DDSO local para verificar la discapacidad del desarrollo de una persona y la elegibilidad para los servicios de la OPWDD.

Debe adjuntarse al trámite la documentación que demuestra la discapacidad antes de los 22 años. La información sobre los documentos que DDSO necesitará para determinar la elegibilidad se explica en ***Datos importantes sobre la ELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS DE LA OPWDD disponible en el sitio web de la OPWDD [OPWDD.ny.gov] o en su DDSO local.***

Instrucciones detalladas:

El trámite puede ser completado por la persona que desea saber si es elegible para los servicios de la OPWDD, su padre, madre o defensor o el miembro del personal de la agencia que asiste a la persona.

Sección 1 Información de la persona

Nombre: Nombre legal de la persona: Apellido, nombre e inicial del segundo nombre:
N.º TABS: N.º TABS de la persona. Si no está registrado, déjelo en blanco.
N.º de Seguro Social: El número de Seguro Social de 9 dígitos de la persona.
Fecha de nacimiento: La fecha de nacimiento de la persona en formato de mes, día, año (MM/DD/AAAA).
N.º de Medicaid: N.º de Medicaid de la persona.
Condado de residencia: El condado de residencia de la persona; por ejemplo, Kings, Essex.
Sexo: Coloque una X al lado de la casilla M para masculino o al lado de la casilla F para femenino.
Domicilio: El domicilio actual de la persona.
Dirección postal: Incluya calle/avenida, número de apartamento, ciudad, estado y código postal. La dirección en la que la persona recibe el correo, si es diferente de su domicilio. Incluya la casilla de correo/calle/avenida, número de apartamento, ciudad, estado y código postal.
Teléfono: El número de teléfono de la persona, incluyendo el código de área.
También conocido como: Mencione todos los nombres (además del nombre legal) con los que se conoce a la persona. Incluya apodos, apellido de soltera, etc.
Enviar información a: Coloque una X al lado de la casilla que indica a dónde debe enviarse la información relacionada con la determinación. **Si un padre, madre o defensor (diferente de la Agencia en la Sección 3) va a recibir información de DDSO, marque las casillas 3 o 4 y llene las partes adecuadas de la Sección 2.** Cualquier agencia mencionada en la Sección 3 recibirá automáticamente la información relacionada con la determinación.

Sección 2 Padre, madre o defensores involucrados: Esta sección es opcional **a menos que** se marquen las casillas 3 o 4 de Enviar información a.

Si solo se necesita un Padre o madre/Defensor, use Nombre y dirección de P/D1.

Nombre: El nombre del padre, madre o defensor: Apellido, nombre e inicial del segundo nombre:
Domicilio: El domicilio actual del padre, madre o defensor.
Dirección postal: Incluya calle/avenida, número de apartamento, ciudad, estado y código postal.
Teléfono: La dirección en la que el padre, madre o defensor recibe el correo, si es diferente de su domicilio. Incluya la casilla de correo/calle/avenida, número de apartamento, ciudad, estado y código postal.
Teléfono: El número de teléfono del padre, madre o defensor, incluyendo el código de área.

Sección 3 Información sobre la Agencia de referencia (si corresponde)

Nombre de la agencia: Nombre completo de la agencia. Código de agencia de la OPWDD, si lo sabe.
Código de la agencia: Nombre del miembro del personal de la agencia que debe contactarse con relación a la determinación de elegibilidad.
Contacto en la agencia: Indique la dirección en la cual el contacto en la agencia recibe el correo. Incluya la casilla de correo/calle, ciudad y código postal.
Dirección: El número de teléfono del contacto en la agencia, incluido código de área y extensión.
Teléfono:

Sección 4 Coloque una X en la casilla 1 para obtener solo una determinación de discapacidad del desarrollo. O coloque una X en la casilla al lado de cada servicio que la persona tenga interés en recibir **SI** es elegible para los servicios de la OPWDD.
NOTA: el trámite **no es** una solicitud de servicios.

Completado por: Escriba en letras de imprenta legibles el nombre de la persona y la fecha en la que llenó el formulario.
Formulario completado por: Coloque una X en la casilla adecuada para indicar quién completó el formulario (la persona/MÍ; Padre, madre o defensor; Personal de la agencia o Coordinador de PASRR).

Envíe el formulario lleno y la documentación requerida a su DDSO local.