

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY**

**División de Discapacidades del Desarrollo**

**RECONOCIMIENTO DE  
PUBLICACIONES E INFORMACIÓN**

**Nombre del Miembro:**

---

**ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

**Se me informó de la oportunidad de elegir a mi Coordinador de Apoyo. Entiendo que el Distrito honorará mi selección en la medida de sus capacidades.**

**Entiendo que el miembro con derecho a recibir servicios de la División tiene que estar presente en todas las reuniones.**

**Entiendo que si tengo un Plan de Tratamiento de Conducta (BTP por sus siglas en inglés), el Comité de Revisión del Programa tendrá acceso a mi información de identificación personal para el desempeño de funciones oficiales. Entiendo que el Comité de Supervisión Independiente (IOC por sus siglas en inglés) recibirá información sobre mi BTP, pero la información no incluirá mi información de identificación personal (por ejemplo, nombre completo, dirección).**

**Vea la página 5 para leer las  
declaraciones de EOE/ADA**

**Entiendo que el Comité de Supervisión Independiente (IOC) recibirá información sobre cualquier posible violación de derechos. El Comité de Supervisión Independiente (IOC) no recibirá ninguna de mi información de identificación personal. Entiendo que puedo plantear una inquietud al Comité de Supervisión Independiente (IOC) sobre una posible violación de mis derechos llamando al 1-844-770-9500.**

**La División me proporcionó el folleto Derechos de los Miembros de la DDD (DDD-0195B-S) y el Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad (DES-1077A-S). También puedo visitar el [sitio web de la División](#)<sup>1</sup> para obtener una copia.**

**Entiendo que la División puede divulgar cualquier información histórica y conductual a los proveedores, conforme al A.R.S. 36-557 (N).**

**Entiendo que el Coordinador de Apoyo puede ayudarme a desarrollar un plan de contingencia para casos de emergencia o desastres.**

**Se me explicó el Proceso de Llamada de Proveedor incluyendo los plazos y el proceso de la autoasignación.**

**1 <https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-disabilities>**

**Entiendo que el Documento de Planificación se enviará a todos los miembros del equipo a menos que se indique lo contrario.**

## **Requisitos Adicionales para Grupos Específicos**

**Entiendo que los servicios ofrecidos mediante el programa de ALTCS se describen en el Manual para los Miembros de ALTCS (PAD-465-S). Se me proporcionó u ofreció el manual. También puedo visitar el [sitio web de la División](#) para obtener una copia. *(Se requiere anualmente para todos los miembros de ALTCS)***

**Se me proporcionó u ofreció el folleto de La Decisión Sobre su Cuidado de Salud (PAD-588-S). También puedo visitar el [sitio web de la División](#) para obtener una copia. *(Se requiere anualmente para todos los miembros de 18 y más años de edad)***

**Se me proporcionó u ofreció información referente a la Inscripción de Votante. También puedo visitar el [sitio web de la Secretaría del Estado de Arizona](#)<sup>2</sup> para obtener una copia. *(Se requiere para los miembros que no tienen un guardián legal y que tienen o cumplirán 18 años de edad para la próxima elección general)***

---

**2 [www.azsos.gov/election/VoterRegistration.htm](http://www.azsos.gov/election/VoterRegistration.htm)**

**Se me informó del requisito para inscribirme con el Selective Service (Servicio selectivo). *(Se requiere para los hombres a los 18 años de edad)***

**Se me proporcionó el volante *Cómo se Determina la Elegibilidad (DDD-0640A-S)*. Entiendo que una redeterminación de elegibilidad de la DDD se completará a los 6 y 18 años de edad. *(Se requiere que se proporcione a los miembros de 5 y 17 años de edad)***

\_\_\_\_\_ **Iniciales del Miembro o Persona responsable**

**El miembro tiene una designación de enfermedad mental grave (SMI) *(Marque si corresponde)***

**Se me explicó los derechos de apelación y queja formal de SMI. Se me proporcionó u ofreció el Manual para los Miembros de ALTCS (DDD-0465A-S). También puedo visitar el [sitio web de la División](#) para obtener una copia.**

\_\_\_\_\_ **Iniciales del Miembro o Persona responsable**

**Al firmar a continuación reconozco que mi Coordinador de Apoyo me ha informado de todo lo anterior.**

**Firma del Miembro o Persona responsable:**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Coordinador de Apoyo en letra de molde:**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la ADA de la División de Discapacidades del Desarrollo al 602-771-2893; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office**