

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
División de Discapacidades del Desarrollo

SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

CÓMO SOLICITAR:

PASO 1) Llene la Lista de Verificación de Elegibilidad de la DDD (DDD-1991A-S) para ver la guía de paquete completo

PASO 2) Llene y firme a mano las páginas 2, 3 y 4 de esta solicitud (DDD-1972A-S)

PASO 3) Reúna documentos que apoyan uno de cinco diagnósticos calificativos y limitaciones significativas (vea DDD-0640A-S):

- Copia del acta de nacimiento de los EE. UU. O ciudadanía / inmigración (ej: refugiado, estado migratorio, etc.)
Prueba escrita de residencia en Arizona que muestre el nombre y la dirección residencial del solicitante
Documentos de tutela / responsabilidad legal (si corresponde)
Copia de todas las tarjetas de seguro médico (parte delantera / reverso)
Evaluación de diagnóstico / Informe escolar que muestra prueba de la afección de por vida.

Marque todo lo que corresponda:

- Trastorno del espectro autista Parálisis cerebral Discapacidad intelectual (cognitiva)
Epilepsia En riesgo para uno de ellos (solo si es menor de 6 años) Síndrome de Down

PASO 4) Después de revisar los pasos anteriores y los requisitos, ¿está listo para solicitar ahora? Sí No

Si contesto NO, solicite cuando tenga un paquete completo o llame al 1-844-770-9500 para hablar con un especialista en elegibilidad de DDD. Si contesto SÍ, continúe a presentar su solicitud y documentos de apoyo por 1) Envíe un correo electrónico a DDDAPPLY@azdes.gov; 2) Deje la solicitud sin cita previa y pida a la oficina que le envíe la solicitud completa a DDDAPPLY@azdes.gov.

Flagstaff Chandler Phoenix (Central) Phoenix (Oeste) Tucson
DDDAPPLY@azdes.gov DDDAPPLY@azdes.gov DDDAPPLY@azdes.gov DDDAPPLY@azdes.gov DDDAPPLY@azdes.gov

SECCIÓN A. (Información del solicitante)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F
Núm. de cuenta de AHCCCS (Si corresponde): \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_
Dirección residencial (Núm., Calle): \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
Etnia: \_\_\_\_\_ Tribu (Si corresponde): \_\_\_\_\_
Dirección postal (Si corresponde): \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
Cómo prefiere comunicarse: Teléfono Correo electrónico Ambos \_\_\_\_\_
¿Desea registrarse para votar? Sí No

SECCIÓN A.1

- Profesionales que pueden proveer registros para toda discapacidad calificativa:
• Psicólogo autorizado • Psiquiatra • Neurólogo • Neonatólogo • Médico de Atención
• Psicólogo escolar • Pediatra • Equipo de intervención temprana • Genetista Clínico • Primaria autorizado

Los profesionales aceptados varían según la discapacidad. Consulte a su especialista en elegibilidad si tiene preguntas.

Table with 3 columns: Nombres e información de contacto, Tipo de profesional, Fecha de evaluación

**SECCIÓN B. (Padre o Padre sustituto, si corresponde)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección (si diferente al solicitante): \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Mejor manera de contactarlo: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (Si diferente al anterior): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

(El tutor legal es una persona nombrada por un juez.)

**SECCIÓN C. Seguro médico**

Tipo de cobertura (privada, pública, etc.)	Nombre del plan de salud	Nombre del titular de la póliza	# de ID/Grupo y # de póliza	Fecha de vigencia	Fecha de nacimiento del titular

**SECCIÓN D. (Intervención temprana e Historial académico, si corresponde)**

Estado del Programa de Intervención Temprana o Nombre de la escuela y del distrito escolar	Tipo de Apoyo (Servicios o tipo de plan tal cómo Plan de Educación Individual o Plan 504)	Fechas que asistió

**Al firmar a continuación, acepto que:**

- Estoy solicitando como o para la persona nombrada anteriormente que es un residente del Estado de Arizona.
- Me han informado de los servicios prestados por esta agencia.
- Entiendo que si me recomiendan al AHCCCS para una determinación de elegibilidad del ALTCS, tengo que cooperar con este proceso de determinación.
- Como parte de mi solicitud presentada a esta división, me han informado del criterio para tener elegibilidad a la DDD y de mis derechos relacionados al proceso de solicitud.
- Los solicitantes están requeridos a asignar derechos los beneficios del seguro de acuerdo con R6-6-1303. Si se me considera elegible y asignado a los servicios, por medio de la presente autorizo la divulgación de información necesaria con el fin de presentar un reclamo a mi compañía de seguro.
- Doy fe de que todo lo que he declarado en esta solicitud es verdadero.

**¿Quiénes pueden firmar la solicitud?**

- Un solicitante mayor de 18 años sin un tutor legal nombrado por el tribunal
- Un padre biológico o adoptivo que solicita para un menor de edad (Incluso los menores bajo crianza temporal donde los derechos de los padres no han sido terminados)
- Un especialista en seguridad de niños del Departamento de Seguridad de Niños, para los menores bajo crianza temporal si no esta disponible un padre biológico o adoptivo (tiene que tener documentación que muestre esfuerzos razonables para obtener la firma de los padres biológicos/adoptivos)
- Un tutor legal, nombrado por el tribunal (necesita tener documentos de tutela)

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Parentesco al solicitante (es decir, padre, tutor nombrado por el tribunal, uno mismo): \_\_\_\_\_

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Se requiere una firma a mano)

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 Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office