



INFORMACIÓN DEL PAQUETE DE REDETERMINACIÓN DE LA EDAD DE 6 AÑOS

¿Qué significa redeterminación?

“Redeterminación” significa que la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) examina la información que tenemos sobre su hijo/a. DDD lo revisará y decidirá si su hijo/a todavía es elegible para DDD. Su hijo/a seguirá recibiendo apoyo y servicios durante el proceso de redeterminación. DDD le informará si su hijo/a no es elegible. DDD también le dirá qué hacer si no está de acuerdo.

¿Qué pasará durante la redeterminación?

- No necesitará completar una nueva solicitud de elegibilidad para DDD.
- DDD revisará los expedientes de su hijo/a **90 días** antes de que cumpla **6 años**.
- DDD verificará que los expedientes de su hijo/a muestren un diagnóstico que califica para DDD y al menos tres (3) limitaciones funcionales sustanciales.
- DDD no solicitará más información si tiene **TODOS** los expedientes necesarios.
- Una vez que se tome una decisión, DDD se comunicará con usted por teléfono, correo electrónico o carta para informarle los resultados.

¿Cómo es elegible mi hijo/a?

Su hijo/a debe tener:

Al menos uno (1) de cinco (5) diagnósticos calificados:

- Autismo;
- Discapacidad Cognitiva/Intelectual;
- Epilepsia;
- Parálisis cerebral; o
- Síndrome de Down y

Al menos tres (3) de siete (7) limitaciones funcionales sustanciales debido al diagnóstico de calificación.

¿Cuáles son las limitaciones funcionales sustanciales calificadas?

Las limitaciones funcionales sustanciales son el aprendizaje, la autodirección, el autocuidado, el lenguaje receptivo y expresivo, la movilidad, la capacidad de vida independiente y la autosuficiencia económica.



¿Qué puedo hacer para ayudar durante la redeterminación?

Entregue a su Coordinador de Apoyo cualquier nuevo:

- Expediente y evaluación médica, conductual y/o psicológica.
- Expediente del Equipo de Evaluación Multidisciplinario (MET, por sus siglas en inglés) y del Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés).
- Expediente de terapia física, del habla u ocupacional.

¿Dónde debo enviar los nuevos expedientes?

Envíe sus nuevos expedientes al Coordinador de Apoyo (SC, por sus siglas en inglés) asignado en cualquier momento por fax, correo electrónico o correo postal. También puede entregar una copia a su SC en su próxima reunión del Plan de Servicio Centrado en la Persona.

¿Qué pasa si necesito ayuda?

DDD puede ayudarle a obtener expedientes. Firme el formulario de Divulgación de información (al final de este paquete) con los nombres de los lugares donde necesita que solicitemos expedientes. Debe firmar un formulario de Divulgación de información para cada lugar donde necesite que solicitemos expedientes.

¿Qué pasa si mi hijo/a no tiene un diagnóstico que califique para DDD?

Hable de las necesidades de su hijo/a con su Coordinador de Apoyo de la DDD, y ellos podrán hablar de las opciones y los recursos comunitarios.

¿Qué pasa si se determina que mi hijo/a no es elegible?

DDD le escribirá una carta y le dirá el motivo si se determina que su hijo no es elegible. La carta le indicará cómo presentar una [Revisión Administrativa](#) si no está de acuerdo con la decisión. Su familiar seguirá recibiendo todos sus servicios y apoyo durante este proceso.

¿Perderá mi hijo/a el seguro?

No, siempre y cuando su hijo/a siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de AHCCCS. Asegúrese de comunicarse con los Servicios de Cuidado a Largo Plazo de Arizona al 602-417-6600 para conocer más requisitos de elegibilidad de ALTCS y AHCCCS.

¿Tiene preguntas?

Envíe sus preguntas por correo electrónico a DDDredeterminations@azdes.gov

Lista de verificación de redeterminación de la edad de 6 años de DDD

Entregue todos los documentos “marcados” a su Coordinador de Apoyo

¿Tiene una de las siguientes discapacidades que califican para DDD?	Proveedores DDD aceptables que pueden administrar el diagnóstico (sólo 1 por diagnóstico)	Tipo de evaluación necesaria (sólo 1 por diagnóstico)	Si su hijo/a recibe servicios educativos, DDD necesita:
Autismo	-Pediatra del desarrollo -Psicólogo con licencia -Psiquiatra -Neurólogo -Pediatra con formación especializada aprobada por la División Sí No	-Psicológico -Psiquiátrico -Evaluación neurológica -De desarrollo -Médico Sí No	Su Equipo de Evaluación Multidisciplinaria (MET) y Plan de Educación Individual (IEP) o plan 504 más recientes. Sí No
Cognitiva / Discapacidad intelectual	-Psicólogo con licencia o -Psicólogo escolar Sí No	-Evaluación psicológica con pruebas de coeficiente intelectual y adaptativas Sí No	Su Equipo de Evaluación Multidisciplinario (MET) y Plan de Educación Individual (IEP) más recientes Sí No
Epilepsia	-Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) -Neurólogo -Ortopedista Sí No	-Médico -Ortopédico -Evaluación neurológica Sí No	Su Equipo de Evaluación Multidisciplinaria (MET) y Plan de Educación Individual (IEP) o plan 504 más recientes Sí No
Parálisis cerebral	-Médico de atención primaria (PCP) o -Neurólogo Sí No	-Médico -Ortopédico -Evaluación neurológica Sí No	Su Equipo de Evaluación Multidisciplinaria (MET) y Plan de Educación Individual (IEP) o plan 504 más recientes Sí No
Síndrome de Down	-Médico de atención primaria (PCP) -Pediatra del desarrollo -Neonatólogo -Genetistas clínicos Sí No	-Evaluación médica que contenga pruebas genéticas Sí No	Su Equipo de Evaluación Multidisciplinaria (MET) y Plan de Educación Individual (IEP) o plan 504 más recientes Sí No

Complete un formulario DDD-1972A “Autorización para divulgación de información médica protegida” para cada proveedor si necesita ayuda para obtener expedientes de la escuela o del consultorio médico de su hijo/a y entréguelos a su Coordinador de Apoyo.

INFORMACIÓN DEL PAQUETE DE REDETERMINACIÓN DE LA EDAD DE 6 AÑOS

DDD-1972A FORSFF (12-20)
Paquete DDD-2249A-S

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
División de Discapacidades del Desarrollo

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre completo de la persona: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido, Nombre, Segundo)

Doy permiso para que la siguiente entidad comparta mi información de salud protegida:

Profesional médico/Agencia/Entorno educativo/Otro:

_____ Fecha de solicitud: _____

A la División de Discapacidades del Desarrollo:

Dirección (Núm., Calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax (Si envía por fax): _____

Permito que la información de salud protegida marcada a continuación se comparta con el profesional médico, la agencia, el entorno educativo u otro indicado anteriormente:

Expedientes médicos	Registros de recién nacidos	Registros de nacimiento y parto
Informes/Expedientes de audiología	Informes psicológicos	Informes de terapia ocupacional
Informes del habla y lenguaje	Informes de terapia física	Expedientes de salud conductual
Informe de Plan 504 o Plan de Educación Individual y Evaluación más reciente		
Otro (Especifique): _____		

Esta divulgación se realiza a petición mía y elijo no declarar el motivo de esta divulgación. La información se utilizará para determinar la elegibilidad para la División de Discapacidades del Desarrollo. Esta autorización se vencerá en un año a partir de la fecha de a continuación.

Una vez que los registros y la información autorizados aquí se divulgan a entidades o personas fuera de la DDD, podrían volverse a divulgar por los destinatarios y podrían no estar protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996. Sin embargo, los proveedores de servicios de DES/DDD generalmente están obligados por contrato y ley a mantener la confidencialidad de la información de salud y otra recibida, especialmente la relacionada a la infección de VIH, SIDA o condiciones relacionadas al SIDA y las condiciones psicológicas o psiquiátricas.

Al firmar esta **autorización**, entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización; sin embargo, entiendo que la DDD no puede determinar la elegibilidad para recibir servicios.
- Puedo inspeccionar o copiar cualquier información que se divulgue bajo esta autorización.
- Puedo tener una copia de este documento.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso por escrito de la revocación, excepto en la medida que se haya actuado sobre la autorización divulgada.
- Una copia de esta autorización se considerará tan válida como la original.
- Las tarifas de las copias no se reembolsarán por la División.

Nombre en letra de molde del padre o tutor legal: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha de autorización: _____

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