

**SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD****INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FEC. NAC. \_\_\_\_\_ SEXO Masculino Femenino

*(Apellido, Nombre, S.I.)*

DIRECCIÓN RESIDENCIAL \_\_\_\_\_

*(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código postal)*

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_ CONDADO \_\_\_\_\_

*SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR (Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código postal)*

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ NÚM. TEL. \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL	IDIOMA HABLADO POR EL SOLICITANTE	RAZA O ETNIA
Soltero/a	Inglés	Indígena de EE.UU. o de Alaska (Tribu) Afilación tribal: _____
Casado/a	Español	Asiática o Indígena de la Polinesia
Separados	Otro <i>(Especifique)</i> _____	Negra o Afroamericana (No Hispánica)
Divorciado/a		Hispánica o Latina
Viudo/a		Otra: _____
N/A		Blanca no Hispánica

LA PERSONA QUE NECESITA SERVICIOS DE DDD DEBE SER CIUDADANA O RESIDENTE LEGAL EN LOS EE.UU.

¿TIENE ESTADO LEGAL LA PERSONA QUE NECESITA SERVICIOS? SÍ NO SSN *(Opcional)* \_\_\_\_\_

LUGAR DE ORIGEN (CIUDAD, ESTADO Y PAÍS) \_\_\_\_\_

ANTERIORMENTE, ¿HA SOLICITADO SERVICIOS DE DDD? (Si contesto "Sí", especifique) SÍ NO

CUANDO \_\_\_\_\_ CUÁL ESTADO \_\_\_\_\_

SI POR LO MENOS TIENE 18 AÑOS DE EDAD AHORA, O CUMPLIRÁ LOS 18 DENTRO DE LOS PRÓXIMOS 12

MESES, ¿DESEARÍA REGISTRARSE PARA VOTAR? SÍ NO N/A

**PADRES**NOMBRE *(Apellido, Nombre, S.I.)* \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_ NÚM. TEL. \_\_\_\_\_

*(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código postal)*

IGUAL QUE EL SOLICITANTE

NOMBRE *(Apellido, Nombre, S.I.)* \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_ NÚM. TEL. \_\_\_\_\_

*(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código postal)*

IGUAL QUE EL SOLICITANTE

**TUTOR LEGAL**

NO CORRESPONDE

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

*(Apellido, Nombre, S.I.)*

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_ NÚM. TEL. \_\_\_\_\_

*(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código postal)*

IGUAL QUE EL SOLICITANTE

NOMBRE \_\_\_\_\_ FEC. NAC. \_\_\_\_\_  
 (Apellido, Nombre, S.I.)

### CONTACTOS DE EMERGENCIA (QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR)

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 (Apellido, Nombre)

RELACIÓN \_\_\_\_\_ NÚM. TEL. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_  
 (Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código postal)

### COBERTURA DE SEGURO MÉDICO DEL SOLICITANTE

TIPO DE COBERTURA	NOMBRE DEL PLAN	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚM. DE ID O GRUPO Y NÚM. DE PÓLIZA	FECHA DE VIGENCIA

### PREOCUPACIONES MÉDICAS ACTUALES Y ANTERIORES

Marque todos los diagnósticos calificadores que usted o su hijo/a tienen:

Autismo      Parálisis cerebral      Discapacidad cognitiva o intelectual      Epilepsia      En riesgo

Liste otros diagnósticos o preocupaciones médicas:

### HISTORIAL ACADÉMICO

Nombre de la escuela y distrito escolar	Tipo de apoyo	Fechas de asistencia

NOMBRE \_\_\_\_\_

FEC. NAC. \_\_\_\_\_

*(Apellido, Nombre, S.I.)***PROFESIONALES QUE PROPORCIONARON TODOS LOS DIAGNÓSTICOS CALIFICADORES****(es decir psicólogo autorizado, psicólogo escolar, psiquiatra, pediatra, pediatra del desarrollo, neurólogo u otra persona capacitada en diagnosticar el desarrollo infantil)**

Nombre e Información de contacto (Tel., Correo electrónico)	Tipo de profesional	Fecha de finalización

**¿Quién puede firmar esta solicitud?**

- Un solicitante mayor de 18 años de edad sin un tutor legal
- Un padre biológico o adoptivo que solicita para un menor de edad
- Un gerente de caso del Department of Child Safety (Departamento de Seguridad de Niños), para los menores bajo crianza temporal
- Un tutor legal, nombrado por un tribunal

Estoy solicitando como o para la persona nombrada anteriormente quién 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 de la DDD y de mis derechos relacionados al proceso de solicitud. Como condición de elegibilidad de la DDD, se requiere que los solicitantes asignen derechos de beneficios del seguro conforme a 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.

NOMBRE (En letra de molde) \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL SOLICITANTE (p. ej. padre, tutor nombrado por tribunal, uno mismo) \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades, o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al Coordinador de la División de Discapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; Servicios de TTY/ TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English on -line or at the local office.