



# FIDEICOMISO PARA SERVICIOS A CLIENTES

El Fideicomiso para Servicios a Clientes es una ayuda pagadera una sola vez, establecida para ayudarle a las personas con discapacidades y a sus familias a alcanzar sus metas de mayor independencia. El Concilio de Asesoramiento de Discapacidades del Desarrollo revisa y aprueba los gastos que satisfacen las metas del programa.

## Las metas del Programa del Fideicomiso para Servicios a Clientes

Las metas del Fideicomiso para Servicios a Clientes son para promover la autodeterminación y proporcionar apoyos creativos que aumenten la participación en la comunidad o mejorar la calidad de vida del individuo.

### ¿Quién es elegible?

Toda persona elegible para servicios mediante la División de Discapacidades del Desarrollo es elegible para solicitar ayuda. En todos los casos, el individuo o los miembros de su familia tienen que cumplir las siguientes condiciones:

- El artículo o apoyo solicitado no está disponible mediante de otros programas.
- El individuo o un miembro de su familia se compromete a contribuir fondos parciales o apoyos en especie en la misma categoría.
- El individuo o un miembro de su familia demuestra la necesidad de asistencia financiera.
- Las personas que residan legítimamente en los Estados Unidos.

### ¿Qué cubre?

El Concilio revisará y autorizará, hasta el límite de fondos disponibles, las solicitudes de gastos pagaderos una sola vez para artículos singulares que ayuden a los individuos a participar más en sus comunidades o a mejorar la calidad de sus vidas. El Fideicomiso para Servicios a Clientes no cubre necesidades continuas tales como subsidios de alquiler o pagos de terapias. Las solicitudes de reembolsos no serán consideradas. Las solicitudes de pago para bienes o servicios ya recibidos no serán consideradas.

### ¿Cuántos fondos hay disponibles?

Cada año, el Concilio determina la cantidad máxima de fondos disponibles para el programa. Los miembros pueden presentar sólo una solicitud por año. Las solicitudes habrán de ser para la compra de un sólo artículo. Las solicitudes que se asignan tienen que demostrar pruebas del costo compartido y evidencia de que el miembro haya agotado otros recursos comunitarios y de la familia.

### Las decisiones sobre las asignaciones del Concilio serán finales.

Pañales: Las solicitudes para los calzoncillos, pañales, y suministros de incontinencia para adultos deben hacerse mediante el plan de salud del miembro (miembros de ALTCS). Los miembros sólo de la DD y aquellos con elegibilidad para la Coordinación de Apoyo Orientado pueden solicitar pañales mediante el Fideicomiso para Servicios a Clientes.

### ¿Cómo se determinan las asignaciones?

Se da la prioridad a:

- **Las necesidades de salud o seguridad graves.**
- La promoción de una vida sostenible o independiente.

En esas áreas, se les asigna prioridad a las asignaciones a base de:

- La cantidad de apoyos que ya recibe el individuo.
- Grado de necesidad económica.
- La probabilidad de que la financiación tenga un efecto positivo a largo plazo.
- Evidencia de que los fondos del Fideicomiso para Servicios a Clientes impedirán la necesidad del miembro para la colocación residencial que facilitará una transición a una vida de mayor independencia (*para un adulto con una discapacidad intelectual o del desarrollo*).

## ¿Cómo solicito?

Usted tiene que llenar una solicitud y una declaración de necesidad financiera. **Tiene que indicar los nombres y las edades de todas las personas quienes residen en el hogar y el total de ingresos y gastos del hogar.** Puede conseguir solicitudes de su Coordinador de Apoyo o al llamar al Coordinador del Fideicomiso para Servicios a Clientes al 844-770-9500. Las solicitudes son revisadas dos veces al año. **Las fechas límite para solicitar son el primero de marzo y el primero de septiembre.**

El proceso de solicitud toma aproximadamente 60 días a partir de la fecha límite de solicitud. Si se aprueba la asignación, los solicitantes recibirán una carta de asignación que incluirá información acerca de cualquier otro requisito que se necesita cumplir para que reciba los fondos. **Las solicitudes incompletas no serán consideradas para la financiación y serán devueltas al solicitante.** Usted podrá volver a solicitar de nuevo con la información completa durante el próximo ciclo de asignaciones. Si la solicitud no se aprueba para su financiación, se le avisará, sin embargo, todas las decisiones son finales y usted no podrá apelar la decisión.

Los solicitantes deben de presentar cualquier documentación adicional tal como cartas de justificación para ayudar al Concilio a evaluar las solicitudes. Las asignaciones exitosas suelen incluir más de un presupuesto o estimación.

## ¿Qué más debo saber?

La ley federal y estatal exige que la División de Discapacidades de Desarrollo verifique la identidad y ciudadanía estadounidense o estatus de inmigración de las personas recomendadas a recibir fondos del Fideicomiso para Servicios a Clientes. Sólo pueden emitirse fondos en nombre de las personas que estén presentes legalmente en los Estados Unidos tales como ciudadanos o súbditos estadounidenses, o extranjeros calificados. Si se le recomienda para la financiación y no es elegible para AHCCCS ni ALTCS, usted tendrá que proporcionar documentación de su identidad y ciudadanía o estatus de inmigración. Si este es su caso, se le avisará que traiga la documentación a la oficina local para verificarla. La presentación de la documentación requerida es voluntaria, sin embargo, las asignaciones no se tramitan sin la verificación requerida.

**FIDEICOMISO PARA SERVICIOS A CLIENTES  
SOLICITUD PARA ASISTENCIA PAGADERA UNA SOLA VEZ**

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Número Assists del Miembro \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del Solicitante (Núm., calle) \_\_\_\_\_

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

Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de Apoyo \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Cantidad solicitada \$ \_\_\_\_\_ Elegibilidad para programa (marque todo lo que corresponda): ALTCS DD SSI

Liste todos los servicios o apoyos que recibe actualmente el miembro de la División de Discapacidades del Desarrollo (marque todo lo que corresponda):

Cuidado directo

Habilitación

Ayuda con las tareas domésticas

Relevo

Tratamiento diurno para adultos

Tratamiento diurno durante el verano

Terapia

Enfermería

Transporte

Servicios de Empleo

Alojamiento y comida

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

¿Para qué se utilizarán los fondos? (Usted tiene que incluir copias de dos estimaciones.)

Describa la(s) razón(es) por la(s) cual(es) solicita asistencia. (Liste cualquier circunstancia atenuante tal como condición de salud, edad de los padres, complejidad de las necesidades del individuo y las tensiones que esto causa a la familia, así como la capacidad de la familia para manejar ese estrés.)

Describa la contribución al costo o el apoyo en especie del miembro. (Indique la cantidad de la contribución financiera y/o el tipo de apoyo similar específico ofrecido.)

Describa los recursos alternativos investigados, por favor sea específico. (Las solicitudes para financiación médica o dental tienen que incluir una copia de la denegación del proveedor médico.)

## DECLARACIÓN DE NECESIDAD FINANCIERA DEL FIDEICOMISO PARA SERVICIOS A CLIENTES

INGRESOS					
INGRESOS DEL HOGAR	INGRESO MENSUAL EN BRUTO	SUSTENTO PARA MENORES / PENSIÓN	OTRO <i>(SNAP, vivienda pública, etc.)</i>	SSI/SSD	INGRESO TOTAL
MIEMBRO:					
OTROS:					
<b>TOTAL COMBINADO</b>					

Liste los nombres y las edades de todas las personas en el hogar quienes dependen de estos ingresos.

NOMBRE	EDAD	NOMBRE	EDAD
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

TODOS LOS GASTOS DEL HOGAR	
ARTÍCULOS	CANTIDAD MENSUAL
Hipoteca o alquiler	\$
Auto	\$
Teléfono del hogar	\$
Teléfono celular	\$
Servicios públicos <i>(gas, agua, electricidad, etc.)</i>	\$
Comida	\$
Seguro	\$
Televisión por cable o Internet	\$
Cuidado de niños	\$
Tarjetas de crédito	\$
Pensión	\$
Sustento para menores	\$
Otro <i>(especifique):</i>	\$
Gastos extraordinarios asociados con el cuidado <i>(especifique):</i>	\$
<b>TOTAL DE GASTOS</b>	\$
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>	\$
<b>TOTAL DE FONDOS DISCRECIONALES MENSUALES <i>(Ingresos menos gastos)</i></b>	\$

### ACUERDO DEL FIDEICOMISO PARA SERVICIOS A CLIENTES

Acuerdo del miembro o familia: Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo a utilizar el Fideicomiso para Servicios a Clientes aprobado según esta solicitud. Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo a devolverle a la División todos los fondos recibidos pero no gastados, y a proporcionarle a la División recibos que documentan todos los gastos. Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo a notificarle al coordinador de apoyo de la División en una manera oportuna de cualquier cambio en contribuciones, ingresos u otras circunstancias que pueden afectar a este acuerdo. Entiendo que el reembolso o el pago por servicios ya prestados no serán financiados. Toda la información en esta solicitud es exacta según mi leal saber y entender.

Firma del Miembro o Persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ENVÍE EL FORMULARIO LLENO A:** Arizona Department of Economic Security  
 Division of Developmental Disabilities  
 Client Services Trust Fund Coordinator, Mail Drop 2HB5  
 P.O. Box 6123  
 Phoenix, Arizona 85005-6123  
 FAX: (602) 542-2599