

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 (ej: licencia de conducir de Arizona del solicitante, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo de motor de Arizona; recibo de factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, hipoteca o alquiler; copia certificada de un registro escolar; o declaración de empleo firmada por el empleador no familiar 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.

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 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

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA,
por sus siglas en inglés) de 1996 45 C.F.R. 164.508**

Persona/Ciente cuya información de la salud se compartirá (*Apellido, Nombre, Segundo*):

_____ Fecha de nacimiento: _____

Describa para qué se usará esta información y por qué es necesaria:

Autorizo a la **División de Discapacidades del Desarrollo (DDD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Seguridad Económica de Arizona** para que le divulgue (comparta) la información de salud protegida descrita anteriormente a la persona/agencia indicada a continuación.

Persona/Agencia que solicita o necesita la información:

_____ Fecha de solicitud: _____

Al firmar esta autorización, entiendo que:

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.

No tengo que firmar esta autorización. Entiendo que un proveedor de atención médica o plan de salud no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios de atención médica al firmar esta autorización, excepto según lo estipulado por la ley estatal o federal.

- 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.
- Esta autorización se vencerá en un año a partir de la fecha de a continuación.

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

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

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: _____