

# 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 cuatro 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.*)
- 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)

**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)** entregar en persona sin cita **2)** Correo de los EE. UU. **3)** correo electrónico [DDDAPPLY@azdes.gov](mailto:DDDAPPLY@azdes.gov) O **4)** fax:

<b>Flagstaff</b> 1701 N. 4th St. Flagstaff, AZ 86004 Fax: 928-773-8495	<b>Chandler</b> 125 E. Elliot Rd., Chandler, AZ 85225 Fax: 480-926-5172	<b>Phoenix (Central)</b> 11420 N. 19th Ave. Phoenix, AZ 85029 Fax: 602-542-0070	<b>Phoenix (Oeste)</b> 4622 W. Indian School Rd., Ste. D-12 Phoenix, AZ 85031 Fax: 602-774-9428	<b>Tucson</b> 6740 S. Tucson Blvd. Tucson, AZ 85756 Fax: 520-745-1257
---	--	--	---	--

## 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
- Psicólogo escolar      • Pediatra      • Equipo de intervención temprana

*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: \_\_\_\_\_

Ve la página 3 para leer la declaración de EOE/ADA

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.)

<b>SECCIÓN C. Seguro médico</b>					
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

<b>SECCIÓN D. (Intervención temprana e Historial académico, si corresponde)</b>		
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)

**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: \_\_\_\_\_