

Arizona Department of Economic Security  
División de Discapacidades del Desarrollo

## Reconocimiento de Publicaciones e Información

Nombre del Miembro:

---

ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Se me informó de la oportunidad de elegir a mi Coordinador de Apoyo. Entiendo que el Distrito honorará mi selección en la medida de sus capacidades.

Entiendo que el miembro con derecho a recibir servicios de la División tiene que estar presente en todas las reuniones.

Entiendo que si tengo un Plan de Conducta (BP por sus siglas en inglés), el Comité de Revisión del Programa tendrá acceso a mi información de identificación personal (PII por sus siglas en inglés) para el desempeño de funciones oficiales. Entiendo que el Comité de Supervisión Independiente (IOC por sus siglas en inglés) recibirá información sobre mi BTP, pero la información no incluirá mi información de identificación personal (PII por sus siglas en inglés). (Por ejemplo, nombre completo, dirección).

Entiendo que el Comité de Supervisión Independiente (IOC por sus siglas en inglés) recibirá información sobre cualquier posible violación de derechos. El

Vea la página 5 para leer las declaraciones de EOE/ADA

Comité de Supervisión Independiente (IOC por sus siglas en inglés) recibirá ninguna de mi información de identificación personal

La División me proporcionó el folleto Derechos de los Miembros de la DDD (DDD-0195B-S) y el Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad (DES-1077A-S).

También puedo visitar el [DES Centro de Documentos](#)<sup>1</sup> para obtener una copia.

Entiendo que la División puede divulgar cualquier información histórica y conductual a los proveedores, conforme al A.R.S. 36-557 (N).

Entiendo que el Coordinador de Apoyo puede ayudarme a desarrollar un plan de contingencia para casos de emergencia ó desastres.

Se me explicó el Proceso de Llamada de Proveedor incluyendo los plazos y el proceso de la autoasignación. Consulte el [Manual de Operaciones de la División 3003 Selección de Proveedores](#)<sup>2</sup> para más información.

Entiendo que el Documento de Planificación se enviará a todos los miembros del equipo a menos que se indique lo contrario.

---

1 <https://des.az.gov/documents-center>

2 <https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-disabilities/policies-and-rules/policies>

## Requisitos Adicionales para Grupos Específicos

Entiendo que los servicios ofrecidos mediante el programa de ALTCS se describen en el Manual para los Miembros de ALTCS (DDD-0465A-S). Mi Coordinador de Apoyo revisó su contenido conmigo. Se me proporcionó u ofreció el manual. También puedo visitar el [DES Centro de Documentos](#) para obtener una copia. *(Se requiere anualmente para todos los miembros de ALTCS)*

El folleto, Actividades De Planificación De La Vida (DDD-2247A-S). También puedo visitar el [DES Centro de Documentos](#) para obtener una copia. *(Se requiere anualmente para todos los miembros de 18 y más años de edad)*

Se me proporcionó u ofreció información referente a la Inscripción de Votante. También puedo visitar el [sitio web de la Secretaría del Estado de Arizona](#)<sup>3</sup> para obtener una copia. *(Se requiere para los miembros que no tienen un guardián legal y que tienen o cumplirán 18 años de edad para la próxima elección general)*

Se me informó del requisito para inscribirme con el [Selective Service \(Servicio Selectivo\)](#)<sup>4</sup>. *(Se requiere para los hombres a los 18 años de edad)*

---

3 <https://azsos.gov/>

4 <https://www.sss.gov/>

Se me proporcionó el volante *Cómo se Determina la Elegibilidad* (DDD-0640A-S). Entiendo que una redeterminación de elegibilidad de la DDD se completará a los 6 y 18 años de edad. *(Se requiere que se proporcione a los miembros de 5 y 17 años de edad)*

\_\_\_\_\_ Iniciales del Miembro o Persona responsable

El miembro tiene una designación de enfermedad mental grave (SMI) *(Marque si corresponde)*

Se me explicó los derechos de apelación y queja formal de SMI. Se me proporcionó u ofreció el Manual para los Miembros de ALTCS (DDD-0465A-S). También puedo visitar el [DES Centro de Documentos](#) para obtener una copia.

\_\_\_\_\_ Iniciales del Miembro ó Persona responsable

Al firmar a continuación reconozco que mi Coordinador de Apoyo me ha informado de todo lo anterior.

Firma del Miembro ó Persona responsable:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de Apoyo en letra de molde:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## 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 Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1
- Available in English online or at the local office