

Arizona Department of Economic Security  
División de Discapacidades del Desarrollo

## Solicitud para la Determinación de Elegibilidad

**Importante:** *Revise y complete los pasos necesarios que se indican a continuación. El no cumplir con estos pasos puede resultar en el retraso o la denegación de su solicitud.*

**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 requeridas de esta solicitud (DDD-1972A-S)

**Paso 3)** Reúna los documentos que apoyan uno de los cinco diagnósticos calificativos y las 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 o de su tutor legal/representante (*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*)

Vea la página 8 para leer la declaración de EOE/ADA

Historial médico o educativo que demuestre la discapacidad calificativa y tres limitaciones significativas de la persona que solicita la ayuda, si es mayor de seis (6) años.

**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 opción 4 para hablar con un especialista en elegibilidad de la DDD.

Si contesto **sí**, continúe a presentar su solicitud y documentos de apoyo por

1) Envíe un correo electrónico a

[DDDAPPLY@azdes.gov](mailto: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](mailto:DDDAPPLY@azdes.gov).

### **Sección A. (Información del solicitante)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:      M      F

Número de cuenta de AHCCCS (Si corresponde):

\_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Dirección residencial (*Núm., Calle*):

\_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Raza/etnia: Indígena americana/Nativo de Alaska

Asiática Negra o afroamericana

Hispano o latino Blanca

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

Otro \_\_\_\_\_

Declinado

Si seleccionó “Indígena americana/Nativo de Alaska” más arriba,  
por favor seleccione su afiliación tribal:

\_\_\_\_\_

Dirección postal (*Si corresponde*):

\_\_\_\_\_

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

Cómo prefiere comunicarse: Teléfono Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

¿Desea registrarse para votar? Sí No

## Sección A.1

### Profesionales que pueden proporcionar registros para discapacidades calificativas:

- Psicólogo autorizado
- Psiquiatra
- Neurólogo
- Neonatólogo
- Médico de Atención Primaria autorizado
- Psicólogo escolar
- Pediatra
- Equipo de intervención temprana
- Genetista Clínico

**Consulte la página 2 del formulario DDD-0640A para los profesionales que pueden proporcionar un diagnóstico para cada discapacidad específica.**

*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/Padre sustituto/Persona responsable, 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.)*

<b>Sección C. Seguro médico</b>					
<b>Tipo de cobertura</b> <i>(privada, pública, etc.)</i>	<b>Nombre del plan de salud</b>	<b>Nombre del titular de la póliza</b>	<b># de ID/ Grupo y # de póliza</b>	<b>Fecha de vigencia</b>	<b>Fecha de nacimiento del titular</b>

<b>Sección D. <i>(Intervención temprana e Historial académico, si corresponde)</i></b>		
<b>Estado del Programa de Intervención Temprana o Nombre de la escuela y del distrito escolar</b>	<b>Tipo de Apoyo</b> <i>(Servicios o tipo de plan tal como Plan de Educación Individual o Plan 504)</i>	<b>Fechas que asistió</b>

**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: \_\_\_\_\_  
*(Se requiere una firma a mano)*

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

Ubicaciones de elegibilidad donde se puede entregar una solicitud completada:

<b>Nombre de la oficina</b>	<b>Dirección</b>	<b>Número de teléfono</b>
Flagstaff	1701 N 4th St, Flagstaff, AZ 86004	(928) 637-0960
Chandler	125 E Elliot Rd, Chandler, AZ 85225	(602) 771-6115
Phoenix	4000 N Central Ave 2nd Floor, Phoenix, AZ 85012	(602) 771-8888
Peoria	8990 W Peoria Ave, Peoria, AZ 85345	(602) 771-0012
Tucson	1455 S Alvernon Way, Tucson, AZ 85711	(520) 638-2600

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