



DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

Your Partner For A Stronger Arizona

INFORMACIÓN DEL PAQUETE DE REDETERMINACIÓN DE LA EDAD DE 18 AÑOS

¿Qué significa redeterminación?

“Redeterminación” significa que la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) analiza la información que tenemos sobre usted. DDD lo revisará y decidirá si usted todavía es elegible para DDD. Continuará recibiendo apoyo y servicios durante el proceso de redeterminación. DDD le informará si ya no es elegible. DDD también le dirá qué hacer si no está de acuerdo.

¿Qué pasará durante la redeterminación?

- Deberá llenar una nueva solicitud.
- DDD revisará sus expedientes **90** días antes de que cumpla **18** años.
- DDD verificará que sus expedientes muestren un diagnóstico que califica para DDD y al menos tres (3) limitaciones funcionales sustanciales.
- DDD no solicitará más información si tiene **TODOS** los expedientes necesarios.
- DDD se comunicará con usted por teléfono, correo electrónico o carta para informarle los resultados una vez que se tome una decisión.

¿Cómo soy elegible?

Debe tener:

Al menos uno (1) de cinco (5) diagnósticos calificados:

- Autismo;
- Discapacidad Cognitiva/Intelectual;
- Epilepsia;
- Parálisis cerebral; o
- Síndrome de Down y

Al menos tres (3) de siete (7) limitaciones funcionales sustanciales debido a un diagnóstico calificado.

¿Cuáles son las limitaciones funcionales sustanciales calificadas?

Las limitaciones funcionales sustanciales son el aprendizaje, la autodirección, el autocuidado, el lenguaje receptivo y expresivo, la movilidad, la capacidad de vida independiente y la autosuficiencia económica.



¿Qué puedo hacer para ayudar durante la redeterminación?

Entregue a su Coordinador de Apoyo cualquier nuevo:

- Expediente y evaluación médica, conductual y/o psicológica.
- Expediente del Equipo de Evaluación Multidisciplinario (MET, por sus siglas en inglés) y del Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés).
- Expediente de terapia física, del habla u ocupacional.

¿Dónde debo enviar los nuevos expedientes?

Envíe sus nuevos expedientes al Coordinador de Apoyo asignado en cualquier momento por fax, correo electrónico o correo postal. También puede entregar una copia a su Coordinador de Apoyo en su próxima reunión del Plan de Servicio Centrado en la Persona.

¿Qué pasa si necesito ayuda?

DDD puede ayudarle a obtener expedientes. Firme el formulario de Divulgación de información (al final de este paquete) con los nombres de los lugares donde necesita que solicitemos expedientes. Debe firmar un formulario de Divulgación de información para cada lugar donde necesite que solicitemos expedientes.

¿Qué pasa si se determina que no soy elegible?

DDD le escribirá una carta y le dirá por qué no es elegible. La carta le indicará cómo solicitar una [Revisión Administrativa](#) si no está de acuerdo con la decisión. Continuará recibiendo todos sus servicios y apoyo durante este proceso.

¿Perderé el seguro?

No, siempre y cuando continúe cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de AHCCCS. Comuníquese con los Servicios de Cuidado a Largo Plazo de Arizona al 602-417-6600 para conocer más requisitos de elegibilidad de ALTCS y AHCCCS.

¿Por qué necesito firmar una solicitud?

En Arizona, al cumplir 18 años se te considera un adulto. Como adulto legal, usted tiene derecho a decidir si desea la elegibilidad y los servicios de DDD. Su solicitud firmada nos indica que desea conservar la elegibilidad para DDD.

¿Qué pasa si me resulta difícil tomar decisiones legales?

Puede obtener ayuda con el proceso de redeterminación si la necesita. Su padre/madre/tutor aún puede firmar en su nombre si es menor de 18 años. Hay varias opciones si necesita ayuda para tomar decisiones legales. El [Manual de Opciones Legales](#) indica estas opciones de una manera fácil de entender. Las personas que lo apoyan también pueden comunicarse con [Raising Special Kids](#) para obtener información sobre los talleres de transición a la edad adulta. Esta información debe ser proporcionada por su Coordinador de Apoyo en sus reuniones del Plan de Servicio Centrado en la Persona.

¿Cómo envío mi solicitud DDD de 18 años firmada?

Puede entregar la solicitud a su Coordinador de Apoyo por correo electrónico, fax, correo postal o en persona si ya ha firmado la solicitud. El final de este paquete también tiene una copia. Puede completarlo en su próxima reunión con su Coordinador de Apoyo y entregárselo en la reunión.

¿Tiene preguntas?

Envíe sus preguntas por correo electrónico a DDDredeterminations@azdes.gov

INFORMACIÓN DEL PAQUETE DE REDETERMINACIÓN DE LA EDAD DE 18 AÑOS

DDD-2114A FORFF (9-23)
Paquete DDD-2250A

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
División de Discapacidades del Desarrollo

Página 3 de 7

SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD A LOS 18 AÑOS

Para considerar si puede mantener la elegibilidad para los servicios de la DDD después de cumplir 18 años, la División debe recibir su solicitud completa. Para solicitar continuar con la elegibilidad, complete los siguientes pasos:

PASO 1: Llene y firme esta solicitud.

PASO 2: Entregue la solicitud firmada y cualquier orden de tutela a su coordinador de apoyo de la DDD asignado.

PASO 3: Si lo pedimos, después de haber recibido esta solicitud, que nos brinde registros que demuestren que tiene una discapacidad del desarrollo, incluso diagnósticos y evaluaciones profesionales y una descripción de cualquier otra afección que tenga. Sólo le pediremos registros si aún no los tenemos.

Sección A (Información del solicitante)

Nombre legal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza/Etnicidad: _____ Idioma principal: _____

Dirección residencial (Núm., Calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Preferencia de contacto:

Teléfono Correo electrónico Correo postal

Sección B (Información de la persona responsable, si corresponde)

Marque esta casilla si usted es el padre/tutor legal que solicita en nombre de una persona actualmente elegible.

Marque esta casilla si es una persona mayor de 18 años y presenta la solicitud por su propia cuenta.

Llene la siguiente sección sólo si es el padre/tutor legal

Nombre legal: _____

Dirección residencial (Núm., Calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de la tutela actual (adjunte la orden actual a esta solicitud): _____

Condado/Estado donde se obtuvo la tutela, si corresponde: _____

*Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

- Soy ciudadano estadounidense y residente de Arizona.
- Le entregaré esta solicitud a mi coordinador de apoyo de la DDD asignado.
- Le he entregado a la DDD todas las órdenes vigentes de un tribunal que documenta la tutela legal.
- Trabajaré con mi coordinador de apoyo de la DDD asignado y/ o especialista en elegibilidad de la DDD para obtener los documentos necesarios para continuar con la elegibilidad de la DDD. Les pediré que me ayuden a recopilar registros si necesito su ayuda.
- Todo lo que he dicho en esta solicitud es verdadero.

INFORMACIÓN DEL PAQUETE DE REDETERMINACIÓN DE LA EDAD DE 18 AÑOS

DDD-2114A FORFF (9-23)
Paquete DDD-2250A

Página 4 de 7

¿Quién puede firmar la solicitud?

- Padre/tutor legal de la persona menor de 18 años
- Un solicitante mayor de 18 años sin un tutor legal designado por el tribunal
- Un tutor legal, designado por un tribunal (debe proporcionar prueba de tutela)

Nombre (en letra de molde): _____

Firma de la persona responsable: _____

Fecha de hoy: _____

Envíe esta solicitud a su coordinador de apoyo de la DDD asignado

INFORMACIÓN DEL PAQUETE DE REDETERMINACIÓN DE LA EDAD DE 18 AÑOS

DDD-1972A FORFF (12-20)
Paquete DDD-2250A

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
División de Discapacidades del Desarrollo

Página 5 de 7

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 la 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: _____

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

Lista de verificación de redeterminación de la edad de 18 años de DDD

Esta lista de verificación muestra qué información sigue siendo necesaria para la redeterminación. Entregue todos los documentos “marcados” a su Coordinador de Apoyo tan pronto como sea posible.

Si recibió servicios educativos, DDD necesita su más reciente:	Si recibió servicios de empleo como VR y SSI:	Expedientes médicos actualizados	Documentación legal
Su Equipo de Evaluación Multidisciplinario (MET) más reciente Sí No	Carta de rehabilitación vocacional Sí No	Informes recientes de visitas al médico Sí No	Formulario de solicitud de DDD de 18 años firmado Sí No
Plan de Educación Individual (IEP) Sí No	Carta de aprobación del Seguro Social Sí No	Informes de evaluación de la terapia del habla Sí No	Registros judiciales que indiquen tutela legal Sí No
Su plan escolar 504 más reciente Sí No	Adaptaciones en el lugar de trabajo Sí No	Informes de evaluación de terapia física Sí No	Registros judiciales que indican poder notarial Sí No
Alojamiento en colegios privados Sí No	Planes de programas e instalaciones residenciales para adultos Sí No	Informes de evaluación de terapia ocupacional Sí No	Registros fiduciarios públicos Sí No