

# PAQUETE DE ELEGIBILIDAD DE LA DDD

## Índice

1. [DDD-0640A-S – Cómo se determina la elegibilidad](#)
2. [DDD-1991A-S – Lista de verificación de elegibilidad de la DDD](#)
3. [DDD-1972A-S – Solicitud para la determinación de elegibilidad](#)
4. [DDD-1954A-S – La elegibilidad de la DDD en pocas palabras](#)

# Cómo se determina la elegibilidad DDD

## A. De 0 (nacimiento) a 3 años:

Para los servicios de intervención temprana, los niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad deben tener un retraso significativo en una o más áreas de desarrollo o una afección establecida que podría conducir a una discapacidad del desarrollo. Para referir a un niño, por favor contacte la Línea Central de Referencias de AzEIP (Raising Special Kids) de manera gratuita al (800) 237-3007 o por correo electrónico [AzEIP.Info@raisingspecialkids.org](mailto:AzEIP.Info@raisingspecialkids.org). Una vez que un niño ha sido elegible para el Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP, por sus siglas en inglés), con el consentimiento de la familia, se determinará la elegibilidad de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD, por sus siglas en inglés).

## B. De 3 a 6 años:

Una persona tiene que **1)** solicitar voluntariamente, **2)** ser residente de Arizona y, **3)** o bien tener una de las siguientes discapacidades del desarrollo: Trastorno del espectro autista, parálisis cerebral, discapacidad intelectual (cognitiva), epilepsia o el niño está en riesgo de desarrollar una de estas discapacidades.

Preguntas	Requisitos
¿Cómo me doy cuenta?	Puede usarse una evaluación del desarrollo, proporcionada por un profesional médico o evaluador escolar capacitado en el desarrollo infantil, para identificar un retraso en el desarrollo que podría conducir a una discapacidad del desarrollo.
¿Quién puede proporcionarme la información?	Los profesionales capacitados en el desarrollo infantil temprano incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico autorizado</li> <li>• Psicólogo escolar</li> <li>• Especialista en educación infantil</li> <li>• Enfermera especializada</li> <li>• Asistente médico</li> <li>• Psicólogo autorizado</li> <li>• Pediatra</li> <li>• Neurólogo infantil</li> </ul>
¿Hay otras discapacidades aceptadas?	Sí: Espina bífida con anomalía de Arnold Chiari; Leucomalacia periventricular, Anomalías cromosómicas con alto riesgo de discapacidad intelectual (tal como síndrome de Down), Lesión cerebral traumática postnatal (como el síndrome del bebé sacudido o casi ahogamiento), hidrocefalia, microcefalia, trastornos debido a drogas o alcohol (tal como síndrome de alcohol fetal) y peso al nacer inferior a 1000 gramos con deterioro neurológico.

## C. De 6 años a la edad adulta:

Una persona tiene que **1)** solicitar voluntariamente, **2)** ser un residente de Arizona y **3)** ser diagnosticado con una discapacidad del desarrollo (indicada a continuación) que comenzó antes de los 18 años y es probable que continúe indefinidamente, y **4)** también tiene que haber limitaciones significativas en las habilidades de la vida diaria relacionadas a la discapacidad (vea la siguiente página).

Diagnóstico	Requisitos
PARÁLISIS CEREBRAL	El informe de evaluación tiene que incluir una descripción de cómo el profesional tomó la decisión con respecto al diagnóstico. <i>DDD acepta evaluaciones llevadas a cabo por un médico autorizado.</i>
EPILEPSIA	El informe de evaluación tiene que incluir una descripción de cómo el profesional tomó la decisión con respecto al diagnóstico. <i>DDD acepta evaluaciones llevadas a cabo por un médico autorizado.</i>
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	El informe de evaluación tiene que incluir una descripción de cómo el profesional tomó la decisión con respecto al diagnóstico. <i>DDD acepta evaluaciones llevadas a cabo por un psiquiatra, un psicólogo autorizado, un neurólogo infantil, un pediatra del desarrollo y pediatras con capacitación especializada en autismo.</i>
DISCAPACIDAD INTELLECTUAL (COGNITIVA)	El informe de evaluación tiene que incluir pruebas intelectuales estandarizadas (IQ) y pruebas de conducta adaptativa que conducen a al diagnóstico o categoría de educación especial de discapacidad intelectual. El Plan de Educación Individual (IEP por sus siglas en inglés) y el informe del Equipo Multidisciplinario de Evaluación (MET por sus siglas en inglés) pueden usarse juntos. <i>DDD acepta evaluaciones llevadas a cabo por un psicólogo autorizado, psicólogo escolar certificado o psicometrista que trabaja bajo la supervisión un psicólogo autorizado o un psicólogo escolar certificado.</i>

## Limitaciones de funciones sustanciales:

Además de ser diagnosticada con al menos una discapacidad del desarrollo, la persona tiene que mostrar limitaciones significativas en las habilidades de la vida diaria debido a su diagnóstico que lo califica en tres (3) de los siguientes. (Nota: La edad de la persona se toma en consideración cuando se identifican limitaciones significativas en las habilidades de la vida diaria.)



### LENGUAJE RECEPTIVO Y EXPRESIVO

- No puede comunicarse con los demás
- No puede comunicarse eficazmente sin la ayuda de otras personas o sin un dispositivo mecánico



### APRENDIZAJE

- No puede participar sin ayuda en actividades del aprendizaje adecuadas para su edad



### AUTONOMÍA

- Necesita ayuda para tomar decisiones las cuales afectan su bienestar
- No tiene habilidades de conciencia de seguridad
- Necesita ayuda para administrar sus finanzas personales



### CUIDAR DE SÍ MISMO

- Necesita ayuda significativa para bañarse, usar el inodoro, cepillarse los dientes, vestirse y aseo personal (cuidar de sí mismos)
- El tiempo que tarda la persona para completar actividades de cuidado por sí mismo toma tanto tiempo que afecta su asistencia o éxito en la escuela, empleo u otras actividades de la vida diaria



### MOVILIDAD

- Las habilidades motrices finas o gruesas se ven disminuidas
- Necesita ayuda de un dispositivo mecánico como una silla de ruedas o un andador para moverse de un lugar a otro
- El tiempo que tarda la persona en moverse toma tanto tiempo que afecta mantener un trabajo o completar las actividades de la vida diaria



### CAPACIDAD PARA UNA VIDA INDEPENDIENTE

- Necesita supervisión diaria para ayudar con su salud y seguridad
- Esto incluye completar las tareas domésticas, preparar comidas sencillas, usar microondas u otros equipos domésticos, usar el transporte público y comprar comida y ropa



### INDEPENDENCIA ECONÓMICA

- No puede desempeñar las tareas necesarias para mantener un trabajo
- Está limitado en lo que puede ganar
- Considerando todos los gastos y la discapacidad, la persona gana por debajo del índice federal de pobreza

Si tiene preguntas, llame de manera gratuita al 1-844-770-9500 o envíe un correo electrónico a [DDDApply@azdes.gov](mailto:DDDApply@azdes.gov)

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE LA DDD****¿Qué es un paquete completo?**

<b>¿Qué necesito?</b>	<b>¿Qué es?</b>	<b>¿Por qué lo necesito?</b>	<b>¿Lo tengo?</b>
Solicitud para la Determinación de Elegibilidad (DDD-1972A) firmada	Documento de cuatro páginas que solicita información sobre usted y su niño o la persona por la que está solicitando. Nos permite colaborar con otras personas o agencias para ayudarlo.	DDD necesita información sobre usted o su niño para decidir si usted o su niño son elegible.	Sí No
Copia del acta de nacimiento (o documento de ciudadanía / inmigración)	Documentación que demuestre la ciudadanía o presencia legal en los Estados Unidos.	El estado de Arizona requiere que DDD le ayude a las personas nacidas en los Estados Unidos o que tienen residencia legal en los Estados Unidos. Hay otros documentos que puede mostrarnos para satisfacer este requisito. Pregúntele a su especialista en elegibilidad si necesita otra opción.	Sí No
Cobertura médica, copia de parte delantera / reverso (si corresponde)	Tarjeta o documento que se le entrega cuando tiene cobertura de seguro de salud por parte del estado o una compañía de seguros privada.	Su compañía de seguros puede tener la responsabilidad de pagar los costos médicos antes de que DDD pague por algunos o todos los costos.	Sí No
Expedientes que muestran una discapacidad que lo califique para los servicios de la División	Documentos de una escuela y / o médico que muestren que usted o su niño tienen una discapacidad. (Consulte el volante "Cómo se Determina la Elegibilidad" DDD-0640A-S para obtener información basada en edad y discapacidad)	DDD necesita saber si su niño o la persona por la que está solicitando tiene una discapacidad que los califica para los servicios de la División. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parálisis cerebral</li> <li>• Epilepsia</li> <li>• Trastorno del espectro autista</li> <li>• Discapacidad intelectual (cognitiva)</li> </ul> En riesgo de uno de lo anterior (solamente para menores de 6 años)	Sí No
Documentos de evaluación escolar (si corresponde)	Un informe que muestra observaciones y pruebas que ayudan a decidir si su niño necesita ayuda en la escuela. Un documento que muestra cómo la escuela satisfará las necesidades de su niño. (Plan de Educación Individual (IEP) y Equipo de Evaluación Multidisciplinaria (MET) o informe psicopedagógico)	Nos ayuda a determinar si su niño satisface los requisitos de elegibilidad de DDD.	Sí No
Documentos que muestran responsabilidad legal / tutela (si corresponde)	Documento entregado por el tribunal o documento legal que muestre quién tiene el derecho de tomar decisiones legales.	DDD necesita saber quién tiene el derecho de tomar decisiones legales sobre su niño o la persona que está solicitando.	Sí No

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Centro de Servicio al Cliente de la DDD al 1-844-770-9500 o envíe su pregunta en un correo electrónico a [DDDApPLY@azdes.gov](mailto:DDDApPLY@azdes.gov).

## 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: \_\_\_\_\_

Veá las 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: \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_

# ¿Cómo puedo saber si califico para la División de Discapacidades del Desarrollo?



DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

Your Partner For A Stronger Arizona

## REQUISITOS DE SOLICITUD DE LOS 3 AÑOS A LA EDAD ADULTA

- Solicitud llenada y firmada
- Solicitante debe ser residente de Arizona
- Documentación que muestre el estado legal
- Copia de la tarjeta de seguro médico (si corresponde)
- Copia de la evaluación o informe del diagnóstico
- Plan de Educación Personalizado (IEP) e Informe del Equipo de Evaluación Multidisciplinaria (MET) o escuela psicoeducativa.

\*Para “nacimiento a 3 años” vea AzEIP

### NACIMIENTO A 3 AÑOS

#### \*AzEIP

- Programa de Intervención Temprana de Arizona
- Comuníquese con Raising Special Kids
- Teléfono: (800) 237-3007
- Llene una recomendación en [des.az.gov/azeipref](http://des.az.gov/azeipref)

### DE 3 A 6 AÑOS

#### DIAGNÓSTICOS QUE CALIFICAN

- Parálisis cerebral
- Epilepsia
- Discapacidad intelectual (cognitiva)
- Trastorno del espectro autista
- O estar en riesgo de desarrollar una de estas discapacidades
- Exhibe un “retraso significativo” en una o más áreas que podría conducir a una discapacidad del desarrollo

### DE 6 AÑOS A LA EDAD ADULTA

#### DIAGNÓSTICOS QUE CALIFICAN

- Parálisis cerebral
- Epilepsia
- Discapacidad intelectual (cognitiva)
- Trastorno del espectro autista

Tener uno o más de los diagnósticos que califican y proporcionar documentación de que la discapacidad comenzó antes de los 18 años.

#### LIMITACIONES DE FUNCIONES SUSTANCIALES



Los solicitantes que califican deben tener 3 o más limitaciones debido al diagnóstico que califica

La elegibilidad del miembro se “vuelve a determinar” a las edades de seis (6) y dieciocho (18) años para verificar si el miembro es elegible y necesita servicios de DDD.

## OFICINAS DE ELEGIBILIDAD



**Flagstaff**  
1701 N. 4th St  
Flagstaff, AZ 86004  
(928) 637-0960



**Chandler**  
125 E Elliot Rd  
Chandler, AZ 85225  
(480) 831-1009



**Tucson**  
6740 S Tucson Blvd  
Tucson, AZ 85756  
(520) 745-5588



**West Phoenix**  
4622 W Indian School Rd Ste #D-12  
Phoenix, AZ 85031  
(602) 771-8832



**Phoenix**  
11420 N 19th Ave  
Phoenix, AZ 85029  
(602) 485-0236

DDD-1954A POSSPA (7-19)

PARA MÁS INFORMACIÓN LLAME AL 1 (844) 770-9500 O POR CORREO ELECTRÓNICO A [DDDAPPLY@AZDES.GOV](mailto:DDDAPPLY@AZDES.GOV)