

Formulario de solicitud y entrevista para el Programa de Servicios de Discapacidades del Desarrollo

Otros formatos e idiomas:

Puede obtener este documento conocido como Hoja de datos de seguridad 0552 (Safety Data Sheet, SDS, por sus siglas en inglés), en letra grande, en braille o en el formato que prefiera de forma gratuita. Comuníquese con la Oficina de Servicios de Discapacidades del Desarrollo al correo electrónico DD.DirectorsOffice@odhsoha.oregon.gov o al número 503-945-5811 (por teléfono/mensaje de texto). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Para uso exclusivo de la oficina del CDDP:

Fecha de remisión: _____

Fecha de la entrevista de admisión: _____

CDDP: _____

☐ Solicitud inicial ☐ Nueva solicitud

Medicaid: ☐ Sí Número de Medicaid o de identificación: _____

☐ No. Fecha de remisión del Plan de Salud de Oregon (OHP) o
Sistema de Elegibilidad de Oregon (ONE):

Fuente de la remisión:

☐ Usted mismo o su tutor ☐ Familia o amigo

☐ Remisión del proveedor ☐ Socio comunitario

☐ Otro: _____

Información del solicitante

Nota: “usted” y “su” en este documento hacen referencia al solicitante.

Primer nombre legal: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Otros nombres utilizados en los registros (por favor, indíquelos):

Nombre preferido: _____

Pronombres preferidos: _____

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

☐ Identidad de género: _____

☐ Prefiero no responder

Fecha de nacimiento: _____

Número del Seguro Social: _____

☐ Sin número del Seguro Social

No es necesario ser ciudadano para ser elegible para la Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (Office of Developmental Disabilities Services, ODDS, por sus siglas en inglés). Para muchos servicios no es necesario que el solicitante sea ciudadano bajo la norma de carga pública. **Consulte las preguntas frecuentes** en el sitio web del Departamento de Justicia de Oregon: www.doj.state.or.us/oregon-department-of-justice/civil-rights/sanctuary-promise/community-toolkit/.

Estado civil:

Elija una opción

- ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a)
- ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Conviviente
- ☐ Pareja de hecho ☐ Prefiero no decirlo

Dirección de domicilio o apartado postal:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Recibe correo postal en esta dirección? ☐ Sí ☐ No

Número de teléfono: _____

Número de mensaje: _____

Correo electrónico: _____

¿Con quién más desea que el ODHS se comuniquen?

Marque todas las opciones que desee.

- ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Custodia primaria
- ☐ Representante de la salud (sección 127.505 de los ORS)
- ☐ Otro (describa): _____

¿Hay alguien más que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted?

☐ Sí (si la respuesta es sí, indique el nombre a continuación) ☐ No

Relación (por ejemplo, padre o madre con custodia, tutor):

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Notificación de la elegibilidad

¿Desea que se envíe una copia del aviso de la decisión sobre la elegibilidad a alguna otra persona además de usted?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿a quién desea que se le envíe un aviso de la decisión?

☐ La(s) misma(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente

☐ Otros (llene su información a continuación)

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

El ODHS debe tener una autorización por escrito para:

- Divulgar información, y
- Notificar a cualquier persona que no sea usted o su tutor legal.

Raza, grupo étnico, idioma y discapacidad (REALD) (Regla administrativa de Oregon 943-070-0030)

Responder las preguntas del formulario al que se accede a través del enlace que aparece a continuación puede ayudar al Departamento de Servicios Humanos de Oregon (Oregon Department of Human Services, ODHS, por sus siglas en inglés) a saber más sobre usted. Aunque es opcional, puede ayudar al ODHS a detectar y abordar las diferencias de atención médica o de servicios. Esto permite que todas las personas reciban cuidados de la máxima calidad.

REALD-ODHS: [Formulario me0074](#) o [Formulario me0074b para el padre/madre o tutor de un menor](#).

El Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) pregunta a todas las personas sobre su:

- Raza
- Idioma preferido
- Grupo étnico
- Necesidad de un intérprete
- Capacidades

Solo para el personal del CDDP: Incluya que llenó sobre Raza, grupo étnico, idioma y discapacidad (Race, Ethnicity, Language, and Disability, REALD, por sus siglas en inglés) junto con esta solicitud

Salud y discapacidad

El ODHS le pregunta a todas las personas sobre sus afecciones y su historial médico. Esto ayuda a encontrar los registros necesarios para determinar su elegibilidad y coordinar los servicios o cuidados. Indique toda la información posible sobre su historial médico. Si no está seguro de las fechas, indique aquellas que cree que se acercan a la fecha en que se prestó el servicio.

¿Solicitó o recibió servicios de discapacidad a través de alguno de estos programas? Marque todas las opciones que apliquen.

☐ Discapacidades intelectuales y del desarrollo (I/DD) en cualquier estado (indique en cuáles)

☐ Bienestar Infantil

Fecha: _____

☐ Autosuficiencia

Fecha: _____

- | | |
|--|--------------|
| ☐ Rehabilitación vocacional | Fecha: _____ |
| ☐ Salud conductual o mental | Fecha: _____ |
| ☐ Otro (indique): _____ | |

Afecciones del desarrollo

¿Qué afecciones le ha diagnosticado su proveedor de atención médica o su clínica? Marque todas las opciones que apliquen.

☐ Niños menores de 7 años de edad: Retraso global en el desarrollo o retraso en los indicadores de las etapas del desarrollo

- | | |
|--|--|
| ☐ Discapacidad intelectual | ☐ Epilepsia (trastorno convulsivo) |
| ☐ Parálisis cerebral | ☐ Síndrome de Down |
| ☐ Lesión cerebral | ☐ Trastorno del espectro autista |
| ☐ Trastorno del espectro alcohólico fetal | ☐ Otra exposición prenatal a drogas o toxinas |
| ☐ Otros trastornos del desarrollo | |

¿A qué edad comenzó esto? _____

¿Cómo impacta su afección en su vida diaria?

¿Qué necesidades de apoyo tiene debido a su discapacidad intelectual o del desarrollo? Marque todas las opciones que apliquen.

- | | |
|--|--|
| ☐ Autocuidado | ☐ Actividades de salud |
| ☐ Toma de decisiones | ☐ Actividades comunitarias o sociales |
| ☐ Administración financiera | ☐ Vivir en casa |
| ☐ Otra: _____ | |

Otras afecciones

Aunque no tenga una discapacidad del desarrollo, ¿qué otras afecciones tiene? Marque todas las opciones que apliquen.

- | | |
|---|--|
| ☐ TDAH u otra afección de salud conductual | |
| ☐ Trastorno de aprendizaje | ☐ Discapacidad motriz |
| ☐ Pérdida de la audición, pérdida de la visión o ambas | ☐ Trastorno por consumo de sustancias |
| ☐ Otra: _____ | |

Cobertura médica

¿Usted tiene cobertura? Si la tiene, indique el número de identificación del plan.

- | | |
|--|--|
| ☐ Seguro médico a través de un empleo | |
| Número de identificación del plan: _____ | |
| ☐ Seguro médico que usted paga | |
| Número de identificación del plan: _____ | |
| ☐ Plan de Salud de Oregon (OHP) | |
| Número de identificación del plan: _____ | |
| ☐ Medicaid | Número de identificación del plan: _____ |
| ☐ Medicare | Número de identificación del plan: _____ |
| ☐ Sin cobertura médica | |

Información y registros del proveedor

¿Qué proveedores o clínicas le dieron lo siguiente?

- Evaluaciones o valoraciones médicas
- Pruebas que hayan determinado que tiene las afecciones anteriormente mencionadas, u
- Otra información sobre sus afecciones.

Estos pueden ser:

- Psicólogos
- Neuropsicólogos
- Psiquiatras
- Neurólogos
- Pediatras del desarrollo
- Genetistas
- Proveedores de servicios de salud mental

Por ejemplo, indique el nombre de un proveedor o una clínica a la que haya acudido para realizarse una prueba de coeficiente intelectual (CI), una evaluación psicológica, médica o genética de su discapacidad, o una evaluación de salud mental.

Ejemplo de cómo llenar su información:

Fechas de atención: de 2016 a 2020

Nombre del proveedor o clínica: Universidad de Salud y Ciencias de Oregon (OHSU): Sam Jackson Blvd, Portland

Diagnóstico o tipo de evaluación: evaluación en la clínica de autismo, seguimiento

Información del proveedor 1

Fechas de atención: _____

Nombre del proveedor o clínica: _____

Diagnóstico o tipo de evaluación: _____

Información del proveedor 2

Fechas de atención: _____

Nombre del proveedor o clínica: _____

Diagnóstico o tipo de evaluación: _____

Información del proveedor 3

Fechas de atención: _____

Nombre del proveedor o clínica: _____

Diagnóstico o tipo de evaluación: _____

Información del médico de atención primaria

¿Quién es su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP, por sus siglas en inglés)? ¿Cuál es su dirección, número de teléfono y correo electrónico, si los tiene?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Otra información del proveedor 1

¿Quiénes son sus otros proveedores? ¿Cuáles son sus direcciones, números de teléfono y direcciones de correo electrónico, si los tiene?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Otra información del proveedor 2

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Hospitales y centros de cuidados

¿Alguna vez ha estado ingresado en un centro o en un hospital debido a sus discapacidades?

☐

Sí

☐

No

A veces, el ODHS necesita información o registros de esos lugares. Indíquelos a continuación.

Hospital o centro de cuidados 1

Fecha: _____

Nombre del centro u hospital: _____

Ubicación del centro u hospital: _____

Hospital o centro de cuidados 2

Fecha: _____

Nombre del centro u hospital: _____

Ubicación del centro u hospital: _____

Hospital o centro de cuidados 3

Fecha: _____

Nombre del centro u hospital: _____

Ubicación del centro u hospital: _____

Ingresos

¿Cuáles son sus ingresos y de dónde provienen? Marque todas las opciones que correspondan. Indique únicamente sus ingresos; no incluya otros ingresos de los miembros del hogar.

- | | |
|--|---|
| ☐ Empleo | ☐ Beneficios privados por incapacidad |
| ☐ Manutención infantil recibida | ☐ Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) |
| ☐ Fondo fiduciario | ☐ Beneficios para veteranos |
| ☐ Cuenta de Experiencia de Vida Mejorada (ABLE) la tutela | ☐ Asistencia para la adopción o |
| ☐ Sin ingresos | ☐ Otro: _____ |

Si usted **no tiene** una cuenta ABLE y desea obtener más información sobre este plan, visite: oregonablesavings.com

Otra información

¿Qué otra información sobre usted puede ser útil saber?

Seguro Social

Algunas personas con discapacidades pueden ser elegibles para los programas federales de discapacidades administrados por la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA, por sus siglas en inglés):

- Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) o
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

¿Actualmente recibe algún tipo de beneficios del Seguro Social?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo comenzó a recibir los beneficios? _____

¿Cuál es la cantidad del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)? \$ _____

¿Cuál es la cantidad de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? \$ _____

Si no recibe el SSDI o la SSI, ¿ha solicitado beneficios del Seguro Social?

☐ Sí, están pendientes ☐ Sí, pero me fueron denegados ☐ No

Fecha de solicitud para el SSDI o la SSI: _____

Puede obtener más información en el [sitio web del Seguro Social](#) si necesita solicitar, volver a solicitar o apelar una denegación para recibir beneficios del SSDI o la SSI. También puede comunicarse con su [oficina local de la SSA](#) para solicitarlos.

Estos recursos pueden ser útiles:

- Entendiendo la SSI: socialsecurity.gov/ssi/text-income-ussi.htm
- Cantidades de pago de la SSI: ssa.gov/oact/cola/SSI.html

Historial de educación

☐ ¿Es el solicitante un niño menor de 5 años de edad y no está en la Intervención Temprana (IT) o en la escuela? **Si marca esta casilla, omite esta sección.**

¿Cuáles son sus escuelas y programas de intervención temprana más recientes, hasta la universidad comunitaria?

Nombre de la escuela o programa de Intervención Temprana (IT) actual o más reciente:

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre de la escuela anterior:

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

¿Alguna vez ha recibido servicios de educación especial en alguna escuela?

☐ Sí ☐ No

Algunos ejemplos de estos servicios son:

- Intervención temprana
- Plan de Servicios Familiares Individualizado (IFSP)
- Programa de Educación Individualizada (IEP) o
- Plan 504.

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de servicios? Marque todas las opciones que apliquen.

☐ Fisioterapia ☐ Terapia del habla ☐ Terapia ocupacional
☐ Servicios de transición ☐ Pruebas o evaluaciones de especialistas
☐ Otro: _____

¿Hay otras escuelas, tipos de servicios de discapacidad o detalles que puedan ayudar al ODHS a saber más información sobre su discapacidad?

¿Qué tipo de diploma obtuvo si se graduó de la escuela secundaria?

☐ No procede, N/P ☐ Regular ☐ Desarrollo Educativo General (GED)
☐ Modificado ☐ Certificado ☐ No me gradué ☐ Desconocido

Historial legal

¿ Usted tiene antecedentes penales o antecedentes de la corte juvenil?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, llene los campos de información a continuación:

Estado y condado del delito: _____

Nombre del delito: _____

Nombre del oficial de probación o libertad condicional: _____

Número de teléfono: _____

Otra información legal:

Firma

Al firmar a continuación, usted declara que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta, tanto si la ha proporcionado usted como si lo ha hecho un representante. Asimismo, confirma que ha recibido y revisado sus derechos, que se indican después de esta sección.

Firma o marca: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Relación con el solicitante: _____

☐ Usted mismo (solicitante adulto)

☐ Tutor del adulto designado por la corte

☐ Padre o madre con la custodia del menor o su tutor legal

Avisos, derechos y su información

El Departamento de Servicios Humanos de Oregon no discrimina.

El ODHS presta servicios a cada solicitante que es elegible. El ODHS no tratará a ningún solicitante de forma diferente por motivos de edad, raza, género, color, origen nacional, religión, convicciones políticas, discapacidad u orientación sexual. Si cree que el ODHS lo ha tratado injustamente, puede presentar una queja ante la Oficina de Defensa del Gobernador llamando al **800-442-5238**.

Por qué necesitamos su número de Seguro Social

Las siguientes leyes federales, como las secciones 1320b-7(a) y (b) del título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC, por sus siglas en inglés), sección 435.910 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR, por sus siglas en inglés), sección 435.920 del título 42 del CFR: sección 457.340(b) del título 42 del CFR, y sección 461-120-0210 de las Reglas Administrativas de Oregon (Oregon Administrative Rules, OAR, por sus siglas en inglés), requieren que los solicitantes proporcionen al ODHS y a la Oregon Health Authority (OHA) un número de Seguro Social (Social Security Number, SSN, por sus siglas en inglés) sobre las solicitudes para recibir beneficios médicos, excepto como se indica la sección 461-120-0210 de las OAR. **El ODHS y la OHA utilizarán su SSN para ayudar a decidir si usted es elegible para recibir beneficios.** El ODHS y la OHA pueden utilizar su SSN para hacer coincidir la información de su solicitud con los registros de otros programas y agencias estatales y federales, como:

- Servicio de Impuestos Internos (IRS)
- Medicaid
- Seguro Social
- El Departamento de Empleo de Oregon

El ODHS y la OHA también pueden utilizar su SSN para preparar datos o informes combinados para agencias de financiamiento de los programas que solicita y de los que se beneficia. Específicamente, el ODHS y la OHA pueden utilizar o divulgar su SSN a agencias de financiamiento para:

- Operar el programa que solicita o del que se beneficia
- Llevar a cabo evaluaciones y actividades de mejora de la calidad
- Verificar las cantidades correctas de pago
- Hacer negocios con proveedores
- Recuperar los sobrepagos de beneficios

Proteger su información

El Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo (Community Developmental Disabilities Program, CDDP, por sus siglas en inglés) y el ODHS protegerán su información y registros. Lo hacen según las políticas de privacidad y seguridad del ODHS, según las secciones 179.505 y 179.507 de los Estatutos Revisados de Oregon (Oregon Revised Statutes, ORS, por sus siglas en inglés). El CDDP necesita su autorización para solicitar y divulgar los registros relacionados con su discapacidad.

Otra información relacionada con la solicitud

- La presentación de la solicitud es voluntaria; **usted o su representante legal puede retirar esta solicitud en cualquier momento.**
- Para obtener más información sobre los servicios de la ODDS, revise el folleto “Elección de servicios para discapacidades del desarrollo para niños y adultos” ([formulario de 0338](#))
- El proceso de admisión se considerará completado cuando usted firme y envíe este formulario junto con los formularios para la divulgación de información. Además, deberá realizar una entrevista con el CDDP en el condado en el que usted o su tutor (en el caso de un menor) residan.
- Los conceptos de “Solicitud de admisión” y de “Solicitud completada” se definen en la [sección 411-320-0020 de las OAR](#).
- La mayoría de las decisiones se toman dentro de un plazo de 90 días a menos que se necesite más tiempo. **Usted debe trabajar con su CDDP local para completar la solicitud y proporcionar los documentos requeridos.** El CDDP puede pedirle que asista a una evaluación diagnóstica según las secciones 410.060 y 427.105 de los ORS.

- Una solicitud completada, como se describe en la sección [411-320-0080 de las OAR](#), significa que el CDDP tiene lo que necesita para tomar una decisión de elegibilidad. Este formulario:
 - ▶ Divulga y
 - ▶ Autoriza a revelar todos los documentos y registros necesarios.
El CDDP le enviará un aviso de la decisión por escrito dentro de un plazo de 10 días a partir de la presentación de la solicitud completada.
- Los avisos de las decisiones contienen información sobre los derechos de audiencia. Si no está de acuerdo con la decisión del CDDP, puede solicitar una audiencia de impugnación de caso en cualquier momento. Los detalles están en el capítulo 183 de los ORS y en la sección 411-318-0025 de las OAR. Para presentar una solicitud de audiencia:
 - ▶ Llene un formulario de solicitud de audiencia administrativa ([SDS 0443DD](#)), o
 - ▶ Presente una solicitud de forma verbal a un empleado del CDDP o del ODHS.

Imprimir

Reiniciar