



SOLICITUD DE SERVICIOS DE LA DDDS

Certifico que soy el/la: (seleccione uno)

- solicitante mayor de 18 años sin un tutor legal
- padre o tutor legal del solicitante menor de 18 años Nombre _____
- tutor legal del solicitante adulto mayor de 18 años Nombre _____

He solicitado Servicios de la DDDS previamente Sí No No lo sé

Apellido del solicitante:	Primer nombre:	Nombre preferido:
Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año):	Edad:	# del Seguro Social:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Se identifica como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario	
<input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Declinó responder <input type="checkbox"/> Otro:		
** Adjuntar copia del Acta de nacimiento, Tarjeta del Seguro Social, y Tarjeta de Medicaid (si procede)**		

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Número de teléfono alternativo:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Correo electrónico:		

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR (si procede): Marcar si es la misma de arriba

Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Número de teléfono alternativo:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Correo electrónico:		
Si el solicitante no tiene un tutor, ¿tiene el solicitante una persona alterna que toma las decisiones que pueda ayudar a tomar decisiones de atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
De ser así, proporcione el nombre e información de contacto: _____		

Raza del solicitante (seleccione todas las que aplican)

- Indígena americano/Nativo de Alaska Blanco
- Asiático Otro
- Negro o afroamericano Desconocido
- Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico Declinado

Origen étnico

- Hispano o latino
- No hispano o latino
- Desconocido/Declinado



Nombre del solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA NECESARIA PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD

(La siguiente información se solicita como parte del proceso de evaluación)

¿Ha sido usted diagnosticado con alguno de los siguientes? (debe marcar sí para por lo menos una opción)

- | <u>Sí</u> | <u>No</u> | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Discapacidad intelectual |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno del Espectro Autista |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Síndrome de Prader Willi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión cerebral ocurrida antes de los 22 años |

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, adjunte una copia de toda la documentación de apoyo, incluyendo las pruebas o evaluaciones psicológicas estandarizadas para su verificación. La prueba o evaluación estandarizada debe haberse realizado antes de los 22 años para que se pueda utilizar para determinar la elegibilidad.

INFORMACIÓN DE CIUDADANÍA Y RESIDENCIA

(La siguiente información será usada para fines de determinación de elegibilidad).

¿Es el solicitante un ciudadano de los Estados Unidos de América? Sí No

Es el solicitante un extranjero legal de los Estados Unidos de América? Sí No No aplica
(Si es un extranjero legal, debe proporcionar documentación de su estado legal.)

¿Es el solicitante residente del Estado de Delaware? Sí No

Algunos documentos de residencia incluyen:

- Licencia de conducir válida del estado de Delaware o documento de identidad emitido por el Departamento de Vehículos Motorizados
- Otra tarjeta de identificación con foto de Delaware que incluya la dirección del solicitante, emitida por una agencia de la ciudad o del condado
- Talón de cheque reciente, recibo de teléfono o servicio público con dirección, o arrendamiento o hipoteca actual
- Copia del Plan Educativo Individualizado (IEP) actual que incluya la dirección de Delaware del estudiante

PREGUNTAS ADICIONALES

Idioma preferido del solicitante: _____

Idioma preferido de la familia (si es diferente a la del solicitante): _____

¿Se requieren servicios de intérprete (si necesitamos contactarlo a usted)? Sí No

El solicitante se comunica: Verbalmente Sí No Por escrito Sí No



Nombre del solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Cómo se enteró de la DDDS? (marque todas las opciones que correspondan)

- Pariente o amigo Escuela Profesional médico
 Otra agencia estatal Internet/redes sociales Otros: _____

¿Puede un representante de la DDDS dejar un mensaje telefónico en el buzón de voz en el número(s) proporcionado? Sí No

¿Puede un representante de la DDDS ponerse en contacto con el solicitante, los padres, el tutor y la persona que lo asiste a través de las direcciones de correo electrónico en esta solicitud? Sí No

Entiendo que esta solicitud es para determinar la elegibilidad para los servicios de la DDDS. Yo certifico que, a lo mejor de mi conocimiento y entender, he proporcionado respuestas verdaderas y completas a las preguntas. Entiendo que proporcionar información falsa para los beneficios subsidiados por el gobierno puede ser motivo para negar la elegibilidad.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que para tener acceso a los Servicios de Hogar y Comunidad o Institucionales de la DDDS que pueden ser potencialmente financiados por Medicaid de Delaware, yo debo:

- *solicitar, ser aprobado, y mantener la elegibilidad para un programa de Medicaid de Delaware que cubre los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad.*
- *solicitar todas las prestaciones del Seguro Social a las que pueda tener derecho, si busco apoyos en un entorno residencial administrado por un proveedor de la DDDS, como un hogar de grupo, para poder pagar mis gastos de alojamiento y comida.*

La DDDS no utilizará fondos estatales para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad o Institucionales que pueden ser cubiertos por Medicaid de Delaware si el Solicitante elige no inscribirse en el programa apropiado de Medicaid de Delaware.

FIRMA REQUERIDA (SELECCIONE UNA)

Firma del solicitante mayor de 18 años sin un tutor legal	Fecha:
Firma del padre o tutor legal del solicitante menor de 18 años	Fecha:
Firma del tutor legal del solicitante mayor de 18 años	Fecha:



Nombre del solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE LA DDDS

Yo, o mi padre/tutor legal, por este medio, autorizo a la División de Servicios de Discapacidades del Desarrollo (DDDS) a revelar a las entidades indicadas a continuación que estoy solicitando servicios de la DDDS, y que proporcionen mi Información de Salud Personal y/o cualquier otro documento requerido en este consentimiento para fines de determinar mi elegibilidad para servicios de la DDDS:

***Solamente marque las entidades donde haya recibido servicios**

ORGANIZACIÓN	Marque todo lo que corresponda	ORGANIZACIÓN	Marque todo lo que corresponda
Vigilancia del Desarrollo del Niño		Nemours A.I. Hospital Infantil DuPont	
Centro Psiquiátrico de Delaware		Centro de Rockford	
División de Servicios para Niños, Jóvenes, y sus Familias		Administración de la Seguridad Social/Servicios de Determinación de la Discapacidad (DDS)	
División de Abuso de Sustancias y Salud Mental		Salud del Comportamiento SUN	
División de Rehabilitación Profesional: Lugar:		Otros: Nombre _____ Información de contacto	
Sistema de Salud del Comportamiento de Dover		Otros: Nombre _____ Información de contacto	
Sistema de Salud del Comportamiento Meadow Wood		Otros: Nombre _____ Información de contacto	

Escuelas: Indique la última escuela asistida (no incluir la universidad):

- Escuela actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 - Escuela anterior: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
- Fechas de asistencia: _____

Agencia solicitante (a la que se enviará la información):

División de Servicios de Discapacidades del Desarrollo (DDDS), Oficina de Servicio de Atención al Solicitante		
Dirección: 1052 South Governor's Avenue, Suite 101		
Ciudad: Dover	Estado: DE	Código postal: 19904



Nombre del solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SE DIVULGARÁ:

TIPO DE INFORMACIÓN	Marque todo lo que corresponda	TIPO DE INFORMACIÓN	Marque todo lo que corresponda
Informes de evaluación exhaustivos		Informes de resumen de evaluación	
Informes del Programa Educativo Individualizado (IEP)		Evaluaciones psicoeducativas	
Evaluaciones psicológicas		Evaluaciones estandarizadas del funcionamiento intelectual (pruebas de Coeficiente Intelectual IQ)	
Evaluaciones estandarizadas del funcionamiento de la conducta adaptativa		Evaluación integral con una evaluación estandarizada para el Trastorno del Espectro Autista (ASD)	
Historial médico para confirmar el diagnóstico		Otros: (especificar)	

La información solicitada incluye valoraciones, evaluaciones médicas, pruebas psicológicas, consultas y resúmenes de alta. Las fechas de servicio cubiertas por esta autorización incluyen todos los años de servicios recibidos o admisiones, o períodos específicos señalados en el consentimiento.

Esta autorización es válida por un (1) año desde la fecha en que se firmó, y yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante comunicación por escrito a: Director of Applicant Services, Woodbrook Professional Center, 1052 South Governor’s Avenue, Suite 101, Dover, DE 19904.

Mi firma indica que conozco la información que se divulga y que he tenido la oportunidad de corregir o modificar la información para asegurarme de que es correcta y completa. Mi firma también significa que he leído este formulario, y/o que me lo han leído y explicado en un idioma que puedo entender.

FIRMA REQUERIDA (SELECCIONE UNA)

Firma del solicitante mayor de 18 años sin un tutor legal	Fecha:
Firma del padre o tutor legal del solicitante menor de 18 años	Fecha:
Firma del tutor legal del solicitante mayor de 18 años	Fecha:

CONSENTIMIENTO PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE LA DDDS - Página 2



Nombre del solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN PARA ASISTENCIA CON LA SOLICITUD DE SERVICIOS DE LA DDDS

¿Desea autorizar a alguien a que le asista con el proceso de la solicitud? Sí No

Por este medio autorizo a la persona nombrada a continuación a asistirme con la solicitud de servicios de la DDDS.

Si se requiere información adicional después de someter la solicitud, autorizo a los Servicios para Solicitantes de la DDDS a que incluyan a la(s) persona(s) que me asiste(n) con toda la correspondencia relacionada al proceso de solicitud (por ejemplo: cartas detallando cuál información se necesita, detalles de la determinación de elegibilidad, proceso de apelación, etc.)

Persona autorizada para asistirme:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Información de contacto: Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si quisiera autorizar a una segunda persona, por favor llene la siguiente información:

Persona autorizada a asistirme:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Información de contacto: Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

FIRMA REQUERIDA (SELECCIONE UNA)

Firma del solicitante mayor de 18 años sin un tutor legal	Fecha:
Firma del padre o tutor legal del solicitante menor de 18 años	Fecha:
Firma del tutor legal del solicitante mayor de 18 años	Fecha:



Nombre del solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL SOLICITANTE O PADRE DE UN NIÑO MENOR DE EDAD QUE SOLICITA LOS SERVICIOS DE LA DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DDDS)

El solicitante o padre de un hijo menor de edad debe demostrar la debida diligencia en la toma de todas las medidas necesarias para que el solicitante sea elegible para Medicaid y otros beneficios, tales como los proporcionados por la Administración del Seguro Social. Esto puede incluir el establecimiento de fideicomisos calificados que permitan excluir los ingresos y recursos de las determinaciones de elegibilidad financiera con el fin de establecer la elegibilidad de Medicaid.

Los solicitantes que desean recibir servicios de la DDDS que eligen no solicitar y/o preservar su elegibilidad para Medicaid son legalmente responsables por el costo entero de los servicios. (Código de Delaware 29, Sección 7940).

Los solicitantes que desean recibir servicios institucionales en el Centro Stockley que eligen no solicitar y/o preservar su elegibilidad para Medicaid son legalmente responsables por el costo entero de los servicios conforme al Código de Delaware 16, Sección 5520 de obligaciones de pago.

El solicitante también es responsable de las primas, los copagos y deducibles aplicables, así como de cualquier otro gasto relacionado con la medicina (es decir, medicamentos, evaluaciones de médicos, pruebas de diagnóstico, hospitalizaciones, etc.) que no esté cubierto por el seguro médico.

FIRMA REQUERIDA (SELECCIONE UNA)

Firma del solicitante mayor de 18 años sin un tutor legal	Fecha:
Firma de padre o tutor legal del solicitante menor de 18 años	Fecha:



Nombre del solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

FIRMA REQUERIDA (SELECCIONE UNA)

Mi firma indica que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA adjunto.

Firma del solicitante mayor de 18 años sin un tutor legal	Fecha:
Firma del padre o tutor legal del solicitante menor de 18 años	Fecha:
Firma del tutor legal del solicitante mayor de 18 años	Fecha:

Si usted tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos:

Teléfono: (302) 744-9700

LLAMADA GRATUITA: (866) 552-5758, Opción 2

FAX: (302) 744-9711



Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Fecha de modificación: 13 de octubre de 2016

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE

Responsabilidades de la DDDS

- La División de Servicios de Discapacidades del Desarrollo de Delaware (DDDS) es una "entidad cubierta" bajo HIPAA. Como una entidad cubierta, la DDDS es requerida por la ley a mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI), y de avisarle acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos con respecto a su PHI. La DDDS también está obligada a notificarle de cualquier violación de su PHI no asegurada.

DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

- **Derecho a inspeccionar y copiar:** Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar o copiar la Información de Salud Protegida (PHI), que mantenemos sobre usted. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. La solicitud debe hacerse a: DDDS Health Information Management Department 26351 Patriots Way Georgetown, DE 19947. Si usted solicita copias, podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo del tiempo del personal, gastos de envío y el costo de impresión.
- **Derecho de enmendar:** tiene derecho a solicitar que enmendemos la PHI que mantenemos sobre usted. Podemos negar su solicitud para enmendar la PHI si: (a) no la hemos creado nosotros y el autor sigue estando disponible; (b) es precisa y completa; (c) no forma parte de la información que mantenemos; o (d) no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar.
- **Derecho a las comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- **Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar restricciones sobre la forma en que utilizamos o divulgamos la PHI.
- **Derecho a la explicación de la divulgación:** Tiene derecho a recibir una explicación de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI.
- **Notificación de violación:** Tiene derecho a que le notifiquemos si se produce una violación de su PHI no asegurada.
- **Copia de la notificación:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso si lo solicita.

USTED NO TIENE QUE HACER NADA. ESTE AVISO ES SÓLO PARA SU INFORMACIÓN.



Si usted desea inspeccionar, copiar, enmendar, hacer restricciones, u obtener su información de salud debe solicitarlo por escrito a la: DDDS Health Information Management Department 26351 Patriots Way, Georgetown, DE 19947.

La DDDS puede usar y revelar su información de salud protegida sin su autorización para tratamiento, pago y necesidades operacionales. Hemos enumerado los usos y divulgaciones permitidos para los que no se requiere su autorización a continuación.

- **Para el tratamiento:** Podemos compartir información sobre usted para ayudarle a recibir atención médica. Por ejemplo, podemos informar a su médico sobre la atención que recibe en una sala de emergencias.
- **Para el pago:** Podemos utilizar y compartir información para que la atención que recibe pueda ser facturada y pagada. Por ejemplo, podemos preguntar a una sala de urgencias antes de pagar la factura de su atención.
- **Para operaciones comerciales:** Es posible que necesitemos utilizar y compartir información para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar la información para revisar la calidad de la atención que recibe.
- **Exclusiones.** En el caso de ciertos tipos de registros, puede ser necesario su permiso incluso para la divulgación para el tratamiento, el pago o las operaciones comerciales.
- **Según lo exija la ley.** Compartiremos información cuando la ley nos obligue a hacerlo. Ejemplos de dicha divulgación serían la aplicación de la ley o en respuesta a una orden judicial o citación. También podemos compartir información para prevenir una amenaza grave para la salud, la seguridad u otras emergencias. También podemos compartir información para permitir que los organismos gubernamentales revisen nuestras actividades.
- **Con su permiso.** Si nos da permiso por escrito, podemos utilizar y compartir su información. Si nos da permiso, tiene derecho a cambiar de opinión y retirarlo. Esto también debe hacerse por escrito. No podemos retirar los usos ya realizados con su permiso.

La DDDS tiene el derecho de cambiar este aviso. Un cambio de aviso será para la información que ya tenemos así como la información que obtendremos en el futuro. Debemos seguir cualquier aviso que esté en vigor. Le enviaremos un nuevo aviso si el cambio que hacemos es importante. También publicaremos una copia del aviso actual en nuestro sitio web en <https://dhss.delaware.gov/dhss/ddds/>

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja escribiendo a:

Stockley Center
Attention: HIPAA Privacy/Complaints Officer
26351 Patriots Way
Georgetown, DE 19947

O:

Region III, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services
150 S. Independence Mall West, Suite 372, Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106-3499
Línea principal (215) 861-4441
Línea directa (800) 368-1019

No se le sancionará por presentar una queja ante el gobierno federal.