DD-023-PF (5-07)
P/P Ch. 500

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
Division de Incapacidades del Desarrollo

Remueva el formulario

SOLICITUD PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD

☐ Nueva Elegibilidad ☐ Redeterminación de Elegibilidad

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE *(Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)* | TELEFONO

FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN FISICA *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*

DIRECCIÓN POSTAL, SI DISCREPA DE LA DE ARRIBA *(Calle y número/Apartado postal, ciudad, estado, código postal ZIP)* | CONDADO

ES UD. CIUDADANO DE EE.UU. O RESIDENTE PERMANENTE
☐ Sí ☐ No

HA SOLICITADO UD. SERVICIOS DE DDD EN EL PASADO *(Si es así, por favor especifique)*
☐ Sí ☐ No Cuándo: Dónde:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE

Presento esta solicitud como la persona nombrada arriba, o en nombre de esa persona, quien es residente del estado de Arizona. Me han informado acerca de los servicios que ofrece esta agencia. Entiendo que si me recomiendan a AHCCCS para determinar mi elegibilidad para ALTCS, debo cooperar con este proceso. Me han informado acerca de los criterios para elegibilidad de DDD así como de mis derechos relacionados con el proceso de solicitud. Si soy elegible y me asignan servicios, autorizo el uso de la información necesaria para reclamar a mi compañía de seguro, y autorizo el pago de beneficios a DDD o su(s) proveedor(es) contratado(s).

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE *(Letra de molde)* | RELACION CON EL SOLICITANTE *(Padre/madre, tutor designado por el tribunal, etc.)*

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE | FECHA

INCAPACIDADES DOCUMENTADAS *(Si es elegible, el representante de DDD llenará esta parte)*

☐ A riesgo ☐ Autismo ☐ Perlesía cerebral ☐ Epilepsia ☐ Incapacidad cognitiva

NIVEL DE RETRASO MENTAL *(Si es aplicable)*:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Profundo ☐ Indeterminado

LIMITACIONES FUNCIONALES *(Para solicitantes de seis o más años de edad)*:

☐ Cuidado propio ☐ Lenguaje receptivo y expresivo ☐ Aprendizaje ☐ Movilidad
☐ Capacidad para vivir independiente ☐ Autodirección ☐ Autosuficiencia económica

ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA DE ARIZONA (AzEIP):

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

DETERMINACION DE LA ELEGIBILIDAD

☐ Nos place notificarle que _____ ha sido determinado elegible.
Nombre del solicitante

Para hablar de las solicitudes para servicios y disponibilidad, llame a _____ al _____
Nombre del representante de DDD *Teléfono*

☐ Lamentamos notificarle que _____ ha sido determinado ineligible.
Nombre del solicitante

Favor de ver la carta adjunta.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE DDD A CARGO DE DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD | FECHA

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en lugares de empleo, programas, servicios o actividades basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo: 602-542-6825; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.