DD-525-PFS (6-07)

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA DE ARIZONA
División de Incapacidades de Desarrollo

SOLICITUD PARA ADMISIÓN - 3 AÑOS Y MAYORES

ASSISTS I.D.

1. NOMBRE DE SOLICITANTE *(Apellido, nombre de pila, inicial)*	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. NÚM. DE SEG. SOC. *(Voluntario)*

4. DESCRIBE SU PREOCUPACIÓN PRINCIPAL / INCAPACIDAD Y CUANDO LO COMENZÓ

☐ Autismo ☐ Perlesía cerebral ☐ Incapacidad cognitiva ☐ Epilepsia ☐ Demora de desarrollo

5. ESTADO CIVIL ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Nunca se casó ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a)

6. SEXO ☐ Hombre ☐ Mujer

7. NÚM. TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR

8. ETNICIDAD
☐ Blanco ☐ Negro ☐ Hispánico ☐ Otro:
☐ Indígena *(Tribu)*:
☐ Vive en la Reservación

9. DISTRICTO/ESCUELA ACTUAL *(si el solicitante es menor de 22 años de edad)*

10. NOMBRE,, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE QUIEN LE REMITIÓ EL SOLICITANTE	FECHA DE REFERENCIA

11. IDIOMA QUE HABLA EL SOLICITANTE	IDIOMA QUE HABLA LA FAMILIA/PERSONA RESPONSABLE
☐ Inglés ☐ Español ☐ Indígena: ☐ Otro:	☐ Inglés ☐ Español ☐ Indígena: ☐ Otro:

12. GUARDIÁN LEGAL *(Incluye copia de la orden del tribunal, si se aplique)*

NOMBRE *(Apellido, nombre, inicial)*	RELACIÓN	DOMICILIO RESIDENCIAL *(Núm., calle, ciudad, estado, código postal ZIP)* Y TELÉFONO

13. PADRES BIOLÓGICOS *(Si es diferente que arriba)*

NOMBRE DE LA MADRE *(Apellido, nombre, inicial)* ☐ Ausente	DOMICILIO RESIDENCIAL *(Núm., calle, ciudad, estado, código postal ZIP)*	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR *(Núm., calle, ciudad, estado, código postal ZIP)*
NOMBRE DE LA PADRE *(Apellido, nombre, inicial)* ☐ Ausente	DOMICILIO RESIDENCIAL *(Núm., calle, ciudad, estado, código postal ZIP)*	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR *(Núm., calle, ciudad, estado, código postal ZIP)*

14. NIÑOS Y OTRO ADULTOS EN EL HOGAR

NOMBRE *(Apellido, nombre)*	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE (Apellido, nombre)	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO

15. CON QUIEN COMUNICARSE EN URGENCIA

NOMBRE *(Apellido, nombre, inicial)*	RELACIÓN	DOMICILIO RESIDENCIAL *(Núm., calle, ciudad, estado, código postal ZIP)* Y TELÉFONO	TELÉFONO DE NEGOCIO

16. DIRECCIONES A LA CASA

Vea a la página 4 para la declaración de EOE/ADA. • Available in English.

17. BENEFICIOS / EVALUACIONES/SERVICIOS SOCIALES DEL SOLICITANTE *(Llene / marque todo lo aplicable)*

SERVICIO	CANTIDAD MENSUAL	RECIBE ACTUAL-MENTE	VA A SOLICITAR	HA SOLICITADO	FECHA DE VIGENCIA	NOMBRE DE TENEDOR	COMENTARIOS
Ganado							
SSDI/SSA							
SSI							
VA							
RR							
SPP *(Programa de Pagos Suplementales)*							
CRS *(Servicios de rehabilitación de niños)*							
Pilot Parents							
Escuela para Sordos y Ciegos de AZ							
Salud de conducta							
Otro							
TOTAL MENSUAL							

18. COBERTURA MÉDICA *(Responsabilidad de tercera parte)*

TIPO DE COBERTURA	NOMBRE DE PLAN	NOMBRE DEL ASEFURADO	DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE COMPAÑIA ASEGURADORA *(Núm., calle, cuidad, estado, codigo postal ZIP)*	NÚM. ID O DE GRUPO Y NÚM. PÓLIZA	FECHA DE VIGENCIA
AHCCCS					
ALTCS					
CMDP					
TriCare					
Medicare A					
Medicare B					
Medicare D					
IHS					
**Privado					

Si marcó **Privado, marque todas la cajitas aplicables para especificar.

☐ HMO ☐ PPO ☐ Estándar ☐ Hospital ☐ RX ☐ Ambulatorio ☐ ER ☐ Dental
☐ Otro:

19. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PCP *(Núm., calle, ciudad, estado, código postal ZIP)* Y TELÉFONO

20. PREOCUPACIONES MÉDICAS CORRIENTES O PASADOS *(Alergías, Hepatitis B, etc.)*

☐ Sí ☐ No ¿Tiene las inmunizaciones al día?

21. HOSPITALIZACIONES Y/O ACCIDENTES SIGNIFICATIVOS

DONDE	CUÁNDO	RESULTADO

☐ Sí ☐ No ¿Había presentado litigios o reclamos por un accidente?

22. LISTE TODOS PROGRAMAS EDUCATIVOS / HISTORIA DE TRABAJO PASADOS Y ACTUALES *(Empiece con el más reciente)*

NOMBRE Y DIRECCIÓN *(Núm., calle, cuidad, estado, codigo postal ZIP)*	TIPO DE ESCUELA / PROGRAMA / TRABAJO	FECHA(S)

23. LISTE PROFESIONALES A QUIENES HAYA VISITADO / LLAMADO, PASADOS Y PRESENTES *(Médicos, psicólogos, terapeutas, etc.)*

NOMBRE Y DIRECCIÓN *(Núm., calle, cuidad, estado, codigo postal ZIP)*	PROPÓSITO DE LLAMADA / VISITA	FECHA(S)

24. NECESIDADES Y PREOCUPACIONES DEL INDIVIDUO O FAMILIA

SOCIAL / EMOCIONAL *(esto es, interacción con sus iguales, comportamiento apropiado)* ¿TIENE USTED ALGUNA PREOCUPACIÓN?

COMUNICACIÓN / LENGUAJE (Verbal y no verbal.) ¿TIENE USTED ALGUNA PREOCUPACIÓN?

RECEPTIVO (*esto es, reacciona a ruido, voz, vocaliza sonidos, reacciona a su nombre, mandatos, comprensión):*

EXPRESIVO *(esto es, vocaliza aparte de llorar, se ríe, vocaliza consonantes y vocales, imite sonidos/palabras, use jerigonza habla, dice palabras, combine palabras, nombres dibujos, use frases cortas):*

¿HA SIDO ALGUNA DIFICULTAD ESPECIAL LOGRANDO CUALQUIER DE ESTAS HABILIDADES? *(comer, mover, social / emocional, comunicación)*

¿TIENE ALGUNA OTRA PREOCUPACION EN CUENTO A DESARROLLO?

¿HA EL SOLICITANTE TENIDO ALGUNA ENFERIDAD DE NIÑEZ U OTRA ENFERMIDAD? EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE EXPLICAR.

¿HA TENIDO EL SOLICITANTE CONVULSIONES O ACTIVIDAD CONFLSIVA? EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE EXPLICAR

MEDICINAS CORRIENTES Y LOS PROPOSITOS DE ELLAS

25 NECESIDADES Y SERVICIOS IDENTIFICADOS POR EL INDIVIDUO Y/O LA FAMILIA *(Incluya también equipo médico, adaptivo, HCBS, etc.)*

SI ES ELEGIBLE:

☐ Me gustaría tener la oportunidad de seleccionar a mi propio coordinador(a) de apoyo, si es posible

☐ Favor de asignarme un coordinador(a) de apoyo

QUIEN LLENÓ EL FORMULARIO	FECHA

NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) DE ADMISIONES DE DDD

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo 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 una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe 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 al 602-542-0419; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.