

Conteste cada pregunta a continuación que aplique a la persona que necesita servicios de DD. La persona que necesita los servicios DD es el solicitante. Avísenos si necesita ayuda o un formato alternativo.

1. ¿Tiene usted una discapacidad intelectual o del desarrollo?
 Sí No

2. ¿Su discapacidad intelectual o del desarrollo ocurrió antes de los 22 años?
 Sí No

3. ¿Recibe actualmente o ha recibido alguna vez servicios de exención (waiver) para Ancianos y Discapacitados, servicios de exención para traumatismo craneoencefálico, u otros servicios de Medicaid y Cuidado a Largo Plazo?
 Sí No No estoy seguro Tal vez podamos ayudarle a ponerse en contacto con otros servicios

SECCIÓN 1: Nombre del solicitante:

1. Primer	Inicial de segundo nombre	Apellido	Ext.
-----------	---------------------------	----------	------

2. Anote todos los nombres que ha usado previamente, inclusive el apellido de soltera, si aplica:

3. Fecha de nacimiento	SSN	Teléfono (incluya código de área)	Sexo
4. Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
5. Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código Postal

6. Correo electrónico

Por favor llene la Sección 2 O la Sección 3 O la Sección 4 (solo UNA sección)

SECCIÓN 2: Representante autorizado:

Tengo 19 años o más y autorizo al siguiente representante (p. ej. padre, amigo, organización de apoyo) a que ayude y consienta a la divulgación de información. (Se DEBE llenar la Autorización de Divulgación de Información de Salud Protegida.)

Representante

Relación con el solicitante	Teléfono (incluya código de área)
Dirección	Ciudad
	Código Postal

SECCIÓN 3: Tutela/Apoderado

1. Tengo 19 años o más y tengo un tutor designado por el tribunal o un apoderado (conocido también como un poder legal o POA (Power of Attorney). Sí No

2. Nombre de tutor o apoderado	Teléfono (incluya código de área)
3. Dirección	Ciudad
	Código Postal

Si tiene tutores adicionales, por favor anote la información solicitada anteriormente en una hoja separada y adjunte esta.

SECCIÓN 4: Padre de un menor

1. El solicitante es un menor de edad de menos de 19 años.
 Sí No De ser así, responda a los siguientes:

2. Nombre de padre(s)	Teléfono (incluya código de área)
3. Dirección de correo	Ciudad
	Estado
	Código Postal

Por favor llene las Secciones 5 y 6

SECCIÓN 5 Cuidado Tutelar

1. El solicitante es o ha sido un menor bajo la custodia legal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.
 Sí No

Si está en cuidado tutelar ahora, nombre de trabajador de CFS o CFOM	Teléfono (incluya código de área)
--	-----------------------------------

2. Si aplica, nombre de trabajador de caso para NFC	Teléfono (incluya código de área)
---	-----------------------------------

SECCIÓN 6: Ciudadanía/residencia

1. Soy un ciudadano de Estados Unidos
 Sí No

2. Lugar de nacimiento: Ciudad	Estado	País
--------------------------------	--------	------

3. Soy un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización.
 Sí No

4. Número de registro de extranjero (alien number)	Estatus de inmigración
--	------------------------

5. Soy un residente legal de Nebraska
 Sí No

SECCIÓN 7 y 8: son opcionales

SECCIÓN 7: Información adicional

Si hay alguna otra información que sea pertinente a esta solicitud que usted quiera que sepamos, anótela aquí. Si no hay ninguna, siga con la próxima sección

SECCIÓN 8: Registro del votante

1. Si no está registrado para votar donde vive ahora ¿le gustaría hacer su solicitud para registrarse para votar?

Sí No

Por favor llene la Sección 9

SECCIÓN 9: Registros

Por favor envíe los siguientes registros con esta solicitud o proporcione los nombres e información de contacto para que DDD pueda recopilar la información.

Estoy de acuerdo en permitir que mi información sea utilizada y obtenida de fuentes de datos para esta solicitud.

Por favor anote la información de contacto adicional escolar o médica en una hoja por separado y adjunte esta.

1. Informes educativos (es decir, informes del Equipo Multidisciplinario (MDT)) por los últimos 10 años.

2. Escuela

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono (incluya código de área)

3. Informes/diagnósticos relacionados de parte de doctores (es decir, médico, síndrome/trastorno genético) con los medicamentos recetados actualmente (incluya el propósito del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración).

Discapacidad específica

4. Médico

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono (incluya código de área)
--------	--------	---------------	-----------------------------------

5. Informes de parte de psicólogo certificado de los últimos cinco años.

No hay ninguno disponible

6. Psicólogo

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono (incluya código de área)
--------	--------	---------------	-----------------------------------

7. Informes de parte de psiquiatra y terapeuta/consejero de los últimos cinco años.

No hay ninguno disponible

8. Psiquiatra

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono (incluya código de área)
--------	--------	---------------	-----------------------------------

9. Terapeuta o consejero

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono (incluya código de área)
--------	--------	---------------	-----------------------------------

10. Copia de los papeles de designación del tutor por el tribunal (si el solicitante tiene 19 años o más y tiene un tutor asignado por el tribunal).

Por favor envíe la solicitud y registros a:

Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services
301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947, Lincoln, NE 68509-8947 o
Fax: (402) 742-8384

o
envíe por correo electrónico a: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

No firmar este formulario no afectará el tratamiento ni el pago, sin embargo podría afectar mi inscripción o mi elegibilidad para ciertos beneficios ofrecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. Entiendo las ventajas y desventajas, y libre y voluntariamente doy permiso de divulgar información específica relacionada conmigo. También entiendo que no se me requiere revelar mi número de Seguro Social, aunque revelarlo podría facilitar o acelerar la provisión de información.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre.)		Fecha de nacimiento
Número de Seguro Social	No. de caso/archivo (si se sabe)	Periodo cubierto
La información será divulgada a: (Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal) Division of Developmental Disabilities Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South P.O. Box 98947, Lincoln, NE 68509-8947 o Fax: (402) 742-8384 o envíe por correo electrónico a: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov La información que se divulgará según esta autorización está limitada a historiales/ información de o en posesión de las partes que apliquen:		Razón para divulgar información <input checked="" type="checkbox"/> Determinación de elegibilidad <input checked="" type="checkbox"/> Mi petición <input type="checkbox"/> Reclamo con la compañía de seguro <input type="checkbox"/> Propósitos legales <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento o consulta <input type="checkbox"/> Otro (sea específico): _____

Información específica a ser divulgada:

Información específica a ser divulgada:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información que se pueda revelar que relacione a la persona mencionada antes con el Registro Central de Maltrato y Abandono de Adultos y el Registro Central de Maltrato y Abandono de Menores.
<input type="checkbox"/> Formulario de remisión para cuidado de seguimiento (aftercare)
<input type="checkbox"/> Informe de alta
<input type="checkbox"/> Diagnóstico
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico
<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Apuntes del progreso
<input type="checkbox"/> Historial y tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Toda la demás información, registros o documentos no médicos que estén relacionados con la persona mencionada antes que se pueda divulgar.
<input type="checkbox"/> Evaluación y tratamiento psicológico
<input type="checkbox"/> Historial social
<input type="checkbox"/> Rayos X y otros resultados de imágenes diagnósticas
<input type="checkbox"/> Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas
<input type="checkbox"/> Información de pruebas genéticas
<input type="checkbox"/> Información sobre VIH/sida
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Otro (sea específico):
_____ |
|--|---|

Esta autorización (a menos que haya sido revocada anteriormente por escrito) terminará el _____ (debe escribirse la fecha o evento) Al firmar esta autorización, reconozco que la información a ser divulgada puede incluir material protegido por ley federal o estatal, inclusive información sobre beneficios o registro, información de salud protegida que puede incluir información sobre drogas/alcohol, VIH o anemia falciforme. Mi firma autoriza divulgar toda esta información. También entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento enviando una solicitud por escrito; de acuerdo con la Notificación de Prácticas de Privacidad de DHHS que esté vigente en tal momento (si a DHHS) o con el envío de una petición por escrito al proveedor o entidad de cuidado de salud u otro, y será honrada, con excepción de información que ya haya sido divulgada. También entiendo que si la parte que recibe la información no es un plan de salud ni un proveedor de cuidado de salud, es posible que la información divulgada ya no sea protegida por las normas de privacidad federales.

Firma del cliente	Fecha
Firma del tutor (si aplica)	Fecha

NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO

Esta información que le ha sido divulgada proviene de registros cuya confidencialidad está protegida bajo las leyes estatales y federales (lo que incluye regulaciones federales, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Parte 2 y 431 Subparte F) que le prohíben haga divulgaciones adicionales de los mismos sin la autorización específica por escrito de la persona a quien le corresponde o como lo permitan de otra manera tales regulaciones. Las regulaciones federales restringen todo uso de la información para hacer una investigación criminal o enjuiciar a un paciente en tratamiento de alcohol o drogas. Una autorización general de divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.

Entiendo que no realizar las obligaciones a continuación puede resultar en la denegación o terminación de los fondos para servicios de discapacidades del desarrollo.

Notificación de derechos

Como una persona que ha solicitado servicios para discapacidades del desarrollo, entiendo que tengo los siguientes derechos:

- El derecho a que se inicie la acción para mi petición en los 45 días a partir de la fecha en que la División reciba la solicitud y la información que se pidió. Si es factible, la acción para mi petición se realizará en ese periodo de tiempo.
- El derecho a recibir notificación por escrito de cualquier decisión, cualquier terminación o cambio a servicios autorizados previamente.
- El derecho a presentar una apelación por escrito a cualquier decisión o acción y a que se celebre una audiencia justa para mi apelación. Entiendo que debo apelar en los 90 días a partir de la fecha de cualquier Notificación de Decisión que yo reciba.

Notificación de obligaciones

Cuando se asignen los fondos, entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes obligaciones:

- Debo solicitar y aceptar todos los beneficios a los que sea elegible para recibir, los cuales podrían incluir SSI, SSA, Medicaid de Nebraska y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Estoy de acuerdo en tomar acción para mantener la elegibilidad para todos los beneficios a los que sea elegible para recibir.
- Debo pagar la cantidad de mi porción obligada de costos de Medicaid a mi proveedor de DD cada mes cuando se me informe de tal obligación.
- Debo llenar y enviar anualmente o según se solicite, la información requerida antes de comenzar los servicios financiados por DD. Esto puede incluir información sobre beneficios y recursos o una copia de mi planilla de impuestos para la determinación de mi capacidad para pagar por servicios de discapacidades del desarrollo basados en la comunidad.
- Debo participar en todos los exámenes o evaluaciones que se requieran para mantener mis servicios, los cuales incluyen, pero no se limitan a evaluaciones psicológicas, médicas anuales y dentales, así como el Proceso de Evaluación Objetiva.

Por favor envíe la solicitud y registros a:

Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services
301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947 Lincoln, NE 68509-8947 o
Fax: (402) 742-8384

o envíe por correo electrónico a: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov