# Petición y solicitud de servicios para la discapacidad intelectual y del desarrollo

**Propósito:** solicitar servicios y apoyos para adultos con discapacidad intelectual y del desarrollo.

**Misión:** el Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades (DDS) brinda servicios innovadores de alta calidad que permitan a las personas con discapacidades llevar vidas con propósito y productivas como integrantes esenciales de sus familias, escuelas, lugares de trabajo y comunidades en todos los vecindarios del Distrito de Columbia.

|  |  |
| --- | --- |
| **Debe cumplir con AMBOS requisitos para recibir los servicios:** | |
| Ser residente del DC | Persona con discapacidad intelectual o del desarrollo |
| **Instrucciones de presentación** | |
| 1. Complete este formulario | |
| 1. Recopile fotocopias de estos documentos **necesarios**:  * Certificado de nacimiento o documento de identificación estatal * Tarjeta del Seguro Social (en caso de tenerla) * Prueba de residencia en el DC (p. ej., contrato de alquiler o factura de servicios públicos actual, certificación oficial del Seguro Social) * Historia clínica que documenta el diagnóstico de una afección del desarrollo, si corresponde   Recopile los siguientes documentos (si están disponibles):   * Evaluaciones psicológicas que documentan una discapacidad intelectual o del desarrollo * Expedientes académicos/Plan de Educación Individual (IEP) * Evaluaciones psiquiátricas * Evaluaciones de lenguaje oral * Evaluaciones de terapia ocupacional * Evaluaciones de fisioterapia * Evaluaciones vocacionales * Formulario médico o físico actual del médico * **Me gustaría que el DDS me ayudara a recopilar estos documentos.** | |
| 1. Envíe el formulario y los documentos de una de las siguientes maneras:  * **Correo electrónico** (como archivos PDF adjuntos) a: dds-dda.intake@dc.gov * **Correo** dirigido a: Department on Disability Services, Intake Department, 250 E Street, SW, Washington, DC 20024 * **Personalmente:** 250 E Street SW, Washington, DC 20024 | de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. | |

# Petición y solicitud de servicios para la discapacidad intelectual y del desarrollo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persona que recibiría los servicios** | | | | | |
| Nombre: | | Apellido: | | | Fecha de nacimiento: |
| Correo electrónico: | | Teléfono: | | Número del Seguro Social: | |
| Dirección: | | | Washington, DC | | Código postal: |
| N.° de Medicaid: | * Brinde asistencia para registrarse en Medicaid. | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Integrante de la familia/persona de apoyo/cuidador** | | | |
| Nombre: | Apellido: | | |
| Relación: | Correo electrónico: | Teléfono: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |

|  |
| --- |
| **¿Qué servicios y ayudas se necesitan?**  Esta información ayudará al DDS a iniciar una conversación con usted sobre un plan de servicios apropiado. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma** | | | | | |
| Declaro que las declaraciones hechas anteriormente son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender. Cualquier cambio significativo en estas circunstancias se dará a conocer a DDS de inmediato. | | | | | |
| Marque una opción: | * Persona que solicita los servicios | | * Tutor legal | * Poder notarial permanente | |
| Nombre del  solicitante: | | Firma del  solicitante: | | | Fecha: |
| Nombre: | | Firma: | | | Fecha: |

# Se le notificará cuando se complete su solicitud.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para uso exclusivo de fuentes la fuente de referencia** | | | | |
| Organización de referencia: | * CFSA | * DCPS | * HSCSN | * Otro: |
| Nombre de referencia: | | | | Teléfono: |

# Consentimiento para obtener o divulgar información de los registros

DDS puede necesitar información adicional para establecer la elegibilidad o desarrollar un plan de servicio apropiado. Al completar este formulario, autoriza al DDS a ponerse en contacto con médicos u organizaciones en su nombre.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persona que recibiría los servicios** | | | | |
| Nombre: | Apellido: | | Fecha de nacimiento: | |
| Dirección: | | Washington, DC | | Código postal: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consentimiento para que se publiquen** los siguientes registros (*marque todas las opciones que correspondan*): | | | | | |
| * Plan Educativo Individual (IEP) * Plan de Apoyo al Comportamiento (BSP) * Historia clínica * Plan de Gestión de Atención Médica | | * Evaluaciones vocacionales * Evaluaciones psicológicas * Información médica/clínica/de laboratorios | | | * Otro: |
| * Otro: |
| **Registros divulgados por:** | | | |  | |
| ¿Cuáles son las 3 escuelas, organizaciones o consultorios médicos más probables que podrían tener copias de los registros de la persona? (por ejemplo, escuelas anteriores de K-12, médicos, agencias de servicios, Medicaid, Seguro Social, etc.). | | | | | |
| 1. | Nombre/organización: | | | | |
| Ciudad: | | Estado: | Teléfono: | |
| 2. | Nombre/organización: | | | | |
| Ciudad: | | Estado: | Teléfono: | |
| 3. | Nombre/organización: | | | | |
| Ciudad: | | Estado: | Teléfono: | |

Para: el Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades a los efectos de: determinar la elegibilidad y planificación para que los servicios se soliciten tanto ahora como en el futuro. Este consentimiento y autorización expira en un año a partir de la fecha de la firma. Conforme a la Ley de Información de Salud Mental del Distrito de Columbia de 1978, en su versión modificada (Código Oficial del DC § 7-1201.01 y siguientes*,* específicamente § 7-1202.01), la Ley de Ciudadanos con Discapacidad Intelectual, en su versión modificada (Código Oficial del DC § 7-1301.01 y siguientes, específicamente § 7-1305.12), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, en su versión modificada (Ley de Derecho Público n.° 104-191), y otras leyes de privacidad locales y federales, doy mi consentimiento voluntario para que el Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades obtenga o divulgue la información del registro para los fines indicados anteriormente. Entiendo que este consentimiento y autorización los puedo revocar por escrito en cualquier momento. Entiendo que esta información no puede divulgarse sin mi permiso.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma** | | | | | | | |
| Marque una opción: | * Persona que solicita los servicios | | * Tutor legal | | * Poder notarial permanente | | |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Explicado por** (para uso de la oficina) | | | | | | | |
| Agencia proveedora o representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |