# 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 delsolicitante: | Firma delsolicitante: | 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |