

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

2. 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.

3. 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.

Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades del DC | Comuníquese al 202.730.1700 para obtener ayuda con este formulario.

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

Persona que recibirá los servicios			
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	
Correo electrónico:	Teléfono:	Número del Seguro Social:	
Dirección:	Washington, DC	Código postal:	
N.º de Medicaid:	<input type="checkbox"/> 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.
<hr/> <hr/> <hr/>

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:	<input type="checkbox"/> Persona que solicita los servicios	<input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Poder notarial permanente
Nombre del solicitante:	Firma del solicitante:	Fecha:
Nombre:	Firma:	Fecha:

Se le notificará cuando se complete su solicitud.

Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades del DC | Comuníquese al 202.730.1700 para obtener ayuda con este formulario.

Para uso exclusivo de fuentes la fuente de referencia			
Organización de referencia:	<input type="checkbox"/> CFSA	<input type="checkbox"/> DCPS	<input type="checkbox"/> HSCSN <input type="checkbox"/> 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 recibirá 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):

<input type="checkbox"/> Plan Educativo Individual (IEP)	<input type="checkbox"/> Evaluaciones vocacionales	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Plan de Apoyo al Comportamiento (BSP)	<input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas	
<input type="checkbox"/> Historia clínica	<input type="checkbox"/> Información médica/clínica/de laboratorios	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Plan de Gestión de Atención Médica		

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

Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades del DC | Comuníquese al 202.730.1700 para obtener ayuda con este formulario.

Público n.º 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: _____