

Solicitud de servicios para personas con discapacidades intelectuales

Propósito: Solicitar servicios y apoyo para adultos con discapacidades intelectuales.

Misión: El Departamento de Servicios para Discapacitados (DDS, por sus siglas en inglés) proporciona servicios innovadores de alta calidad que permiten a las personas con discapacidades llevar una vida plena y productiva como miembros vitales de sus familias, escuelas, lugares de trabajo y comunidades en todos los vecindarios del Distrito de Columbia. Proporcionamos acceso a apoyos naturales en el hogar, recursos comunitarios, coordinación de servicios, servicios del plan estatal y servicios proporcionados a través del programa de Exención de los servicios de cuidados basados en el hogar y en la comunidad y en el Hogar (HCBS, por sus siglas en inglés).

Debe satisfacer los TRES requisitos para recibir servicios:

Vivir en el D.C.	Tener discapacidad intelectual	Tener deficiencias concurrentes en dos áreas de desempeño adaptativo
------------------	--------------------------------	--

Instrucciones de envío

1. Complete este formulario

2. Recopile fotocopias de estos documentos **requeridos**:

- Certificado de nacimiento o identificación del estado
- Tarjeta del seguro social
- Prueba de residencia en el D.C. (por ejemplo, contrato de arrendamiento actual o factura de servicios públicos, declaración oficial del Seguro Social)

Recopile los siguientes documentos (si están disponibles):

- Evaluaciones psicológicas que documenten una discapacidad intelectual
- Evaluaciones psicológicas que documenten dos déficits de desempeño adaptativo
- Formulario físico o médico actual emitido por un médico

☐ **Me gustaría que el DDS me ayudara en la recopilación de estos documentos.**

3. Envíe el formulario y los documentos de una de las siguientes maneras:

- **Por correo electrónico** (como adjuntos PDF): dds_dda.intake@dc.gov
- **Por correo:** Department on Disability Services; 250 E Street SW, Washington, DC 20024
- **Tráigalo personalmente** al DDS: 250 E Street SW, Washington, DC 20024 | M-F, 8:15 a.m. - 4:45 p.m.

Solicitud para los Servicios de Discapacidades Intelectuales

Persona que recibirá los servicios

Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	
Correo electrónico:	Teléfono:	Número de Seguro Social (SSN):	
Dirección:		Washington, DC	Código postal:
Medicaid #:		☐ Por favor proporcionar asistencia para registrarme en Medicaid.	

Miembro de la familia/Colaborador/Cuidador

Nombre:		Apellido:	
Relación:	Correo electrónico:	Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿Qué servicios y apoyos se necesitan?

Esta información ayudará al DDS a iniciar una conversación con usted acerca de un plan de servicio adecuado.

Firma

Las declaraciones anteriores son exactas según el pleno uso de mis facultades. Declaro que son verdaderas. Cualquier cambio significativo en estas circunstancias será dado a conocer de inmediato.

Marque una:	☐ Persona que solicita beneficios	☐ Guardián legal	☐ Poder notarial duradero:
Nombre:	Firma:	Fecha:	

Se le notificará acerca de su solicitud en aproximadamente 45 días calendario.

Solo para uso de fuente de remisión

Organización de remisión:	☐ CFSA	☐ DCPS	☐ HSCSN	☐ Otros:
---------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Departamento de Servicios para Discapacitados del D.C. ☐ Llame al 202.730.1719 para obtener ayuda con este formulario.

Página **2** de **4**



Nombre del remitente:	Teléfono:
-----------------------	-----------

Autorización para obtener o divulgar información de los registros

DDS puede necesitar información adicional para desarrollar un plan de servicio adecuado. Al completar este formulario, usted permite que DDS se comuniquen con médicos y/u organizaciones en su nombre.

Persona que recibirá los servicios

Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Washington, DC	Código postal:

Consentimiento para que los siguientes registros se divulguen (marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| ☐ Plan de educación personalizado (IEP) | ☐ Nivel de necesidad | ☐ Otros: |
| ☐ Plan de Apoyo al Comportamiento (BSP): | ☐ Psicológica | |
| ☐ Historia clínica | ☐ Documentación del proveedor | ☐ Otros: |
| ☐ Plan de gestión de la atención médica | ☐ Datos de laboratorio/clínicos/médicos | |

Registros divulgados por:

¿Cuáles son las 3 escuelas, organizaciones o consultorios médicos más probables que podrían tener copias de las evaluaciones psicológicas de la persona? (por ejemplo escuelas K-12 anteriores, 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:

A: Potenciales proveedores de servicios residenciales/Proveedores de servicios de habilitación diurnos; con el único propósito de: consideración para la determinación de la capacidad de proporcionar servicios residenciales/servicios de habilitación diurnos para solicitar tanto ahora como en el futuro. Este consentimiento caduca dentro de un año a partir de la fecha de la firma. Conforme a la Ley de información sobre salud mental de 1978 del Distrito de Columbia tal como ha sido modificada (código oficial del d.c. § 7-1201.01 y siguientes., específicamente § 7-1202.01), la Ley de derechos constitucionales y dignidad de los ciudadanos con discapacidad intelectual de 1978 tal como ha sido modificada (código oficial de d.c. § 7-1301.01 y siguientes., específicamente § 7-1305.12), la Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro médico de 1996 tal como ha sido modificada (pub. l. 104-191), y otras leyes de privacidad locales y federales; doy mi consentimiento voluntario para que el Departamento de Servicios para Discapacitados obtenga o divulgue información de registros con el propósito indicado anteriormente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Entiendo que esta información no puede ser divulgada nuevamente sin mi permiso.

Firma

Marque una:	☐ Persona que solicita beneficios	☐ Guardián legal	☐ Poder notarial duradero:
Nombre:	Firma:	Fecha:	



Explicado por (Para uso de la oficina)

Proveedor o representante de la agencia:

Fecha:

Título:

Teléfono:

