



State of Utah

GARY R. HERBERT

Gobernador

SPENCER J. COX

Vice Gobernador

Departamento de Servicios Humanos

ANN SILVERBERG WILLIAMSON

Directora Ejecutiva

División de Servicios para Personas con Discapacidades

ANGELLA D. PINNA

Directora

Gracias por habernos contactado. Esperamos llegar a conocerle. Esperamos ayudarle a obtener los servicios que necesita. Ofrecemos servicios para personas con discapacidades intelectuales y condiciones estrechamente relacionadas, lesiones cerebrales adquiridas y discapacidades físicas.

Hemos incluido los siguientes documentos con esta carta:

- Lista de admisión
- Formulario 1-1 Solicitud de Determinación de Elegibilidad para Servicios
- Historia Social de Admisión
- División de Servicios para Personas con Discapacidad
Evaluación de Necesidades
- Formulario 1-2 Autorización para proporcionar información y
entrega de responsabilidad
- Formulario 18 Solicitud de Código ICD 10 CM de un Médico Licenciado
- Preguntas frecuentes sobre la admisión
- Hoja informativa sobre la exención de lesiones cerebrales adquiridas (inglés)
- Hoja Informativa sobre la Exención de Lesión Cerebral Adquirida (español)
- Red de familia a familia

Por favor complete los artículos de la lista de admisión y envíenoslos por correo, correo electrónico o fax a través de la siguiente información:

Division of Services for People with Disabilities

Intake Unit – 3rd Floor

195 N 1950 W

Salt Lake City, UT 84116

DSPDIntake@utah.gov

Fax: 801- 538- 4279

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar los formularios adjuntos, por favor comuníquese con el Servicio de Ayuda para Admisión al 1-844-275-3773 # 1.

Esperamos recibir su solicitud.

Angella D. Pinna, Directora

División de Servicios para Personas con Discapacidad

División de Servicios para Personas con Discapacidades.

Lista de Verificación de Admisión de Lesiones Cerebrales Adquiridas.

- _____ Formulario 1-1- Aplicación de Determinación de Elegibilidad para Servicios
- _____ Historia Social
- _____ Liberación de Información
- _____ Copia de la Tarjeta de Seguro Social
- _____ Copia del Acta de Nacimiento
- _____ Copia de la Tarjeta de Medicaid— *Si no es aplicable, por favor indique en la Historia Social*
- _____ Ingresos de Seguro Social— *Si no es aplicable, por favor indique en la Historia Social*
- _____ Evaluación Psicológica con Diagnóstico— Para menores de siete años de edad, una Evaluación Desarrollo puede ser usada como alternativa. La evaluación debe ser completada dentro de los últimos cinco años.
- _____ Registros Médicos – Información relevante relacionada a la discapacidad, incluyendo un diagnóstico y Código ICD-10 correspondiente

Cuando se reciba y revise la documentación anterior, se le dará una cita para completar una evaluación (ICAP).

Favor enviar por correo, correo electrónico o fax a:

Division of Services for People with Disabilities
Intake Unit – 3rd Floor
195 N 1950 W
Salt Lake City, UT 84116

DSPDIntake@utah.gov

Fax: 801-538-4279

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar los formularios adjuntos, por favor contacte con el Servicio de Ayuda de Admisión al 1-844-275-3773 #1.

Historia Social de Admisión

Fecha de Hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

1. Información Personal del Aplicante

Primer Nombre	2do Nombre	Apellido
Apodo	Fecha de Nacimiento	
Raza Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Etnicidad Hispano/Latino Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Manera Principal de Comunicarse Hablando <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Lenguaje Primario	¿Necesidad para un Interpretador? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2. Dirección Física del Aplicante (Donde el aplicante reside actualmente)

Dirección			
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal

3. Dirección de Envío del Aplicante (si diferente)

Dirección			
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal

4. Número (s) de Teléfono y Correo Electrónico del Aplicante (si aplicable)

Teléfono de Casa	Móvil/ Teléfono Celular	Dirección del Correo Electrónico
------------------	-------------------------	----------------------------------

5. Personas Primarias de Contacto (Favor listar todo tutores legales si aplicable y una persona que no viva con el Apicante)

Nombre	Fecha de Nacimiento	¿Vive con el Apicante?	Relación al Apicante
		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Móvil/Teléfono Celular	Dirección de Correo Electrónico

¿Es usted el tutor legal, o designado por la corte, del Apicante? Sí No

Si la repuesta es si, por favor provee una copia de los papeles de tutela si el Apicante no es menor de edad.

Si la respuesta es no, liste el tutor legal o designado por la corte del Apicante si aplicable. _____

¿Está usted en necesidad de un interpretador? Si No Si la respuesta es sí, que idioma: _____

Persona de Contacto Primaria (cont.)

Nombre	Fecha de Nacimiento	¿Vive con el Apicante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación al Apicante
Dirección			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico

¿Es usted el tutor legal, o designado por la corte, del Apicante? Sí No

Si la repuesta es si, por favor provee una copia de los papeles de tutela si el Apicante no es menor de edad.

¿Está usted en necesidad de un interpretador? Si No Si la respuesta es sí, que idioma: _____

Persona Primaria de Contacto (Si aplicable o necesario)

Nombre	Fecha de Nacimiento	¿Vive con el Apicante? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación al Apicante
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Móvil/Teléfono Celular	Correo Electrónico

¿Es usted el tutor legal, o designado por la corte, del Apicante? Sí No

Si la repuesta es si, por favor provee una copia de los papeles de tutela si el Apicante no es menor de edad.

¿Está usted en necesidad de un interpretador? Si No Si la respuesta es sí, que idioma: _____

6. Historia Educacional del Apicante(Por favor liste la escuela actual o últimamente atendida)

Nombre de la Escuela	Tipo de Escuela	Información de Contacto

¿Está/estuvo el aplicante recibiendo servicios de intervención temprana? Sí No

¿Está/estuvo el aplicante recibiendo servicios de educación especial? Sí No

Si todavía en la escuela, ¿Cuándo transicional el aplicante? _____

MM/AAAA

7. Historia de Empleo del Apicante (PARA 16 AÑOS O MAYORES)

(Por favor liste el empleo más reciente del Apicante)

Empleador	Horas promedio/semana	Salario por hora	Naturaleza del Trabajo	Fecha de Inicio	Fecha Final
			Pagado con beneficios <input type="checkbox"/> Pagado sin beneficios <input type="checkbox"/> voluntario/sin pago <input type="checkbox"/>		
Título del empleo/Descripción:					
Tipo de Empleo (favor marque uno):					
Empleo Integrado:					
Individual (i.e. Apicante sostiene/sostuvo propio trabajo en la comunidad					<input type="checkbox"/>
trabajo de Equipo (i.e. el Apicante sostiene/sostuvo propio trabajo en la comunidad en equipo					<input type="checkbox"/>
Basado en Centro (i.e. participado en taller protegido, actividad de trabajo, etc.)					<input type="checkbox"/>
Problemas Relacionados al Trabajo (i.e. problemas con confiabilidad, otros					
Éxitos Relacionados al Trabajo, Habilidades Especiales, etc.:					

¿Ha recibido el Apicante Apoyo de Empleo a través de Rehabilitación Vocacional? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿en qué año recibió el aplicante servicios de Rehabilitación Vocacional? _____

¿Está el Apicante buscando empleo que requiere apoyo continuo? Sí No

¿Tiene el Apicante actualmente un caso abierto con Rehabilitación Vocacional? Sí No

Si la respuesta es sí, cual oficina: _____ Número de Contacto: _____

8. **Áreas de Preocupación** (Liste cualquier problema mayor de salud, psicológico, relacionado a abuso de sustancias o físico, otros problemas relacionados y el diagnóstico que actualmente afecta la vida del Apicante)

Área de Preocupación	Recibiendo Apoyo	¿Necesita Apoyo?	Si la respuesta es si, por favor describa la preocupación
Conductual	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Salud Mental	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relacionado Médico/Salud	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Abuso de Sustancia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Seguridad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otro	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

9. **Lesión Cerebral** (Ha sufrido el Apicante una lesión cerebral)

Sí No Si la respuesta es sí, por favor responda las siguientes preguntas

¿Cuándo (que fecha) ocurrió la lesión cerebral? _____	¿Ocurrió la lesión cerebral pre o post parto? Pre <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/>
Describa la causa de la lesión cerebral: 	

10. **Uso de equipo Médico/Especializado del Apicante** (i.e. silla de rueda, caminador, tubo gastronómico, etc.)

¿Está el Apicante actualmente usando equipo especializado? Sí No

Si la respuesta es si, por favor describa el equipo especializado usado.

11. **Hospitalización Reciente del Apicante** (Por favor liste cualquier hospitalización durante el pasado año incluyendo hospitalizaciones psiquiátricas/residencial incluyendo el Hospital del Estado de Utah)

Nombre del Centro	Razón para Admisión	Fecha de inicio de Tratamiento	Fecha de descargo

12. Estadía del Aplicante en un Centro Enfermería (NF) o Centro de Cuidado Intermediario (ICF/ID)

¿Es el Aplicante ahora, o ha sido alguna vez residente de un Centro de Enfermería? Yes No

¿Es el Aplicante ahora, o ha sido alguna vez residente de un ICF/ID? Yes No

Si la respuesta es si, por favor llene la siguiente información:

- Fecha de Admisión _____
- Nombre del Centro _____
- Fecha de Descargo _____

13. Agencias (¿Está el Aplicante involucrado con cualquier agencia de ciudad, estado o federal? Si es así, llene lo siguiente)

Nombre de la Agencia	Contacto de Emergencia de Agencia	Número de Emergencia de Agencia	Correo Electrónico
División de Servicios Infantiles y Familiares			
Servicios Protectores de Adultos			
Oficina del Defensor Público			
Asuntos de Veteranos (VA)			
Servicios de Justicia Juvenil			
Servicios de Ancianos del Condado			
Salud Mental			

14. Relaciones Profesionales del Aplicante (Esto incluye Doctores, Representante de Escuela, Logopeda o Terapeuta Ocupacional etc., no listado en la sección 14)

Nombre del Profesional	Tipo de Profesional	Número de Teléfono	Correo Electrónico

15. Ordenes Judicial/Intervención Judicial (¿Está el Aplicante actualmente afectado por ordines judiciales? Si es así, por favor liste)

¿Qué tipo de orden es?	Fecha de la Orden

16. Beneficios del Aplicante (Si el Aplicante recibe un beneficio, llene la siguiente información)

Tipo de Beneficio (i.e. ganado, de retiro, Seguro Social, etc.)	Cantidad	¿Frecuencia en que el beneficio es recibido? (i.e. semanal, mensual, una vez, etc.)

17. ¿Recibe el Aplicante beneficios de Medicaid o Medicare?

Tipo de Seguro	Número de Identificación de Seguro
Medicaid: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Medicare: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Historia Social Completada Por: _____

Fecha: _____

Asesorado por: _____ Fecha: _____
Nombre del Consumidor: _____ PID: _____

Sección 1. Urgencia de la Necesidad (U) (a ser completado por el trabajador en todas solicitudes de nueva admisión y re-puntuación. Esta sección no es completada como parte de la encuesta de la lista de espera anual.)

U1. Después del seguimiento con APS/CPS en el caso de una combinación electrónica positiva, ¿Es el aplicante un buen candidato para una referencia ESMC?	SI	NO
U2. ¿Ha sido el aplicante ordenado por la corte a recibir servicios?	SI	NO
U3. ¿Ha sido el aplicante aprobado para financiamiento bajo acuerdo cooperativo?	SI	NO
U4. ¿Está el aplicante, actualmente, o en riesgo de en los próximos 30 días, viviendo en la calle o en un refugio para indigentes?	SI	NO
U5. ¿Está el aplicante a riesgo de poner a sí mismo o demás personas en peligro profundo en los próximo 30 días? (i.e. muerte, desmembramiento, lesión permanente)	SI	NO
U6. ¿Está el aplicante sin un cuidador para cumplir con las necesidades para sostener su vida?	SI	NO
U7. ¿Está el aplicante a riesgo de no tener un cuidador primario en los próximos 30 días?	SI	NO

Sección 2. Severidad de la Discapacidad del Apicante (A) (para ser completado por la familia con asistencia del trabajador si es necesario). Los trabajadores son responsables de confirmar respuestas y documentar evidencia de apoyo cuando es necesitado.

A1. Si sobre la edad de 10 años, ¿por cuantas horas puede el aplicante ser dejado sólo en casa? (marque uno)
 ___ 0 horas ___ 1-3 horas ___ 4-7 horas ___ 8-12 horas ___ 13+ horas

A2. ¿Cuántas horas pasan familiares/miembros del hogar dando apoyo al aplicante (no incluyendo tiempo cuando el aplicante está dormido, en la escuela u otra actividad fuera del hogar)?

_____	HORAS	POR	(DÍA	SEMANA	MES)
<i>(Entre un Número)</i>			<i>(Circule uno)</i>		

A3. Cuáles de las siguientes tendencias tiene el aplicante actualmente (marque todas que apliquen):

___ **Nocividad hacia sí mismo/otros:** Pateando, mordiendo, pellizcando, empujando, golpeando cabeza, apuñalando, halando el cabello, o de otra manera dejando una marca física duradera (i.e. piel roja, moretones, sangramiento) visible a la hora más tarde al individuo mismo, otra persona o un animal.

___ **Dstrucción de Propiedad:** Arrancando, quemando, deshaciendo, o de otra manera permanentemente haciendo inútil o necesitando reemplazo de una posesión perteneciendo al aplicante u otra persona.

___ **Corriendo/Huyendo:** Desapareciendo rápidamente de la supervisión del cuidador con una amenaza de lesión presente. Por ejemplo, una persona que sale corriendo de su casa y corre hacia el tráfico.

___ **Ofensa Social:** Orinando, defecando, expectoración (escupir), gritos/chillidos, usando lenguaje o gestos groseros, exponiendo los genitales, tocando o hablando con otros de manera sexual, tocar sus propios genitales, o de otra manera exhibiendo conducta lasciva en compañía de otra persona.

A4. ¿Cuántas horas pasan los cuidadores dando asistencia médica al aplicante? (incluye: administrando medicamentos, tratamientos, terapia, transportando a/atendiendo citas médicas/dentales)

_____	HORAS	POR	(DÍA	SEMANA	MES)
<i>(Entre un número)</i>			<i>(Circule uno)</i>		

A5. ¿Tiene el aplicante necesidades médicas no cumplidas? **SI** **NO**

Si la respuesta es sí, explique (continúe al final del formulario si necesario):

Definiciones:

El **apicante** es la persona con una discapacidad aplicando para servicios DSPD.

Un **cuidador** es cualquier persona quien provee apoyo al aplicante.

El **cuidador primario** es la persona quien provee la mayoría de apoyos al aplicante.

El **hogar** incluye cualquier persona viviendo en la misma vivienda que el aplicante.

Apoyos incluye pagar facturas, supervisando (cuando el aplicante está despierto), ayudando a limpiar, transportando, completando formularios, comprando, vistiendo, o de otra manera cuidando por el aplicante.

Sección 3. Habilidades del Padre/Cuidador (C) (para ser completado por la familia con asistencia del trabajador si es necesario).
Los trabajadores son responsables de confirmar respuestas y documentar evidencia de apoyo cuando es necesitado.

C1. ¿Es el cuidador primario un cuidador pagado (i.e. el aplicante vive en un entorno de vivienda de apoyo/asistencia, hogar de grupo, o con un cuidador pagado)? <i>(Circule uno)</i>	SI	NO
→ Si la respuesta es “SI”, puede saltar las preguntas C2-C6 y entregar este formulario ahora.		
→ Si la respuesta es “NO”, responda las preguntas C2-C5 para ser evaluadas por nivel de pobreza. <u>Dejando cualquier pregunta en blanco</u> resultará en descualificación por consideración de pobreza y <u>pudiera tener un impacto negativo en su colocación en la lista de espera.</u> También responda la pregunta C6 si aplicable.		
C2. ¿Cuál es el ingreso (escriba monto en dólares) bruto anual (antes de impuestos) del <u>hogar</u> ?		\$ _____
C3. ¿Qué cantidad paga (de su bolsillo) mensualmente el hogar/familia para gastos médicos para el aplicante? Incluya co-pagos para visitas de oficina y otros tratamientos de paciente externos, hospitalizaciones, prescripciones, medicina sin receta, pomadas, cremas, vestimentas de incontinencia/toalla higiénica, pañales (si tiene sobre 3 años), suplementos dietéticos prescritos por un proveedor médico y gasto reducido de Medicaid.		\$ _____
C4. ¿Cuál es el tamaño del hogar? (incluyendo al aplicante)		_____
C5. ¿Cuántos individuos en el hogar son menores de 18 años (incluyendo al aplicante si aplicable)?		_____
C6. ¿Tiene el cuidador cualquiera de las siguientes limitaciones? <i>(marque todas que apliquen)</i>		
<input type="checkbox"/> Solamente un cuidador potencial (i.e. padre soltero, solo 1 adulto competente relacionado en la vecindad).		
<input type="checkbox"/> Otra persona en la casa aparte del aplicante necesita cuidado intenso diario uno-a-uno (no incluyendo niños jóvenes AL MENOS que ellos tengan una discapacidad).		
<input type="checkbox"/> El hogar no tiene un automóvil que funciona y no está registrado (y transporte público no cumple con las necesidades del aplicante).		
<input type="checkbox"/> El Cuidador tiene una historia de perpetrar abuso, negligencia o explotación.		
<input type="checkbox"/> El Cuidador es mayor de 59 años.		
<input type="checkbox"/> El Cuidador está bajo tratamiento para cáncer u otra enfermedad terminal.		
<input type="checkbox"/> El Cuidador tiene una condición relacionada al corazón, presión sanguínea o úlceras exacerbadas por estrés.		
<input type="checkbox"/> El Cuidador tiene artritis, escoliosis, fragilidad, huesos frágiles o es pequeño en estatura y el aplicante necesita ser levantado/cargado a veces.		
<input type="checkbox"/> Otro obstáculo significativo en el cuidado del aplicante. Explique (continúe al final del formulario si es necesario):		

Sección 4. Tiempo sin Servicios DSPD (T) (generado por sistema basado en tiempo pasado esperando ya sea con una necesidad futura o inmediata.)

T1. ¿Por cuántos meses ha esperado el aplicante por servicios DSPD?

Comentarios Adicionales:

Definiciones:

El **aplicante** es la persona con una discapacidad aplicando para servicios DSPD.

Un **cuidador** es cualquier persona quien provee apoyo al aplicante.

El **cuidador primario** es la persona quien provee la mayoría de apoyos al aplicante.

El **hogar** incluye cualquier persona viviendo en la misma vivienda que el aplicante.

Apoyos incluye pagar facturas, supervisando (cuando el aplicante está despierto), ayudando a limpiar, transportando, completando formularios, comprando, vistiendo, o de otra manera cuidando por el aplicante.

Autorización para Proporcionar Información y Descargo de Responsabilidad

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Soy: La persona mencionada arriba Representante legal autorizado de la persona

Los siguientes tienen mi permiso para revelar mi información de salud que esté protegida:

- Distrito Escolar: _____
- División de Servicios de Rehabilitación: _____
- Centros de Salud Mental enlistados: _____
- Médicos y Psicólogos enlistados: _____
- Otros: _____
- _____
- _____
- _____

Por la presente, usted está autorizado a proveer al **Departamento de Servicios Humanos- División de Servicios para Personas con Discapacidades (DSPD)** ó sus representantes autorizados, en forma verbal o escrita, cualquier información que usted tenga con respecto a lo siguiente:

- Pruebas de Desarrollo Expedientes de Lesiones Cerebrales Pruebas vocacionales
- Pruebas psicológicas/cognitivas Expedientes ambulatorios/hospitalizaciones IEP/Pruebas Educativas
- Expedientes de Exámenes físicos Otros: _____

Por favor incluir expedientes de: _____ hasta _____

(* Información para el que recibe éste documento: si la información recibida está relacionada con abuso de drogas ó alcohol, los reportes están protegidos por leyes federales de confidencialidad y usted está prohibido de revelar ésta información sin la autorización escrita especificada de la persona a quien pertenece o como lo permite le 42CFR Parte 2. Una autorización general para la liberación de información NO es suficiente para éste propósito. La Ley Federal limita usar información sobre abuso de drogas o alcohol para procesar una investigación criminal ó enjuiciamiento).

El propósito de revelar ésta información es para:

Establecer elegibilidad para servicios con DSPD services Fecha de expiración (especificar): _____

- Entiendo que me puedo rehusar a firmar ésta autorización, y mi proveedor de salud no puede rehusarse a proveer tratamiento, pago o negar elegibilidad para beneficios basados en mi elección.
- Entiendo que puedo anular ésta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que no se anulará hasta que sea recibida por mi proveedor de salud. Mi revocación no es efectiva a lo que el proveedor de salud haya mandado ya en dependencia con esta autorización.
- Entiendo que las leyes federales de privacidad no pueden ya proteger la información que ha sido enviada a DSPD y la información puede volver a revelarse.
- Entiendo que ésta información es requerida por el Departamento de Servicios Humanos para la División de Servicios para Personas con Discapacidades.

Yo, la persona y/o el Representante Personal Autorizado, entiendo/entendemos que al firmar abajo estoy solicitando que la División de servicios para Personas con Discapacidades a recopilar información sobre mí para verificar si soy elegible para servicios.

Nombre de la Persona: _____

Firma de la Persona: _____ Fecha: _____

Nombre del Representante Personal Autorizado: _____

Firma del Representante Personal Autorizado: _____ Fecha: _____

Preguntas Frecuentes de Admisión

P: ¿Cómo determina la DSPD si mi caso ese elegible para servicios DSPD?

R: La DSPD toma la decisión de elegibilidad usando documentación que usted provee.

Su caso puede volverse inactivo o ser determinado inelegible para servicios DSPD si no recibimos toda la información que necesitamos. Si la documentación no cumple con los requerimientos de DSPD, su caso puede ser determinado inelegible.

P: ¿Qué tiempo tengo para entregar la documentación a la DSPD?

R: Usted tiene 90 días para devolver el paquete de admisión y documentación de apoyo cuando su trabajador de admisión envía el paquete. Después de 90 días su caso será inactivo. Su trabajador de admisión le enviará una carta para dejarle saber que los 90 días han pasado. Si todavía está interesado en aplicar y necesita más tiempo por favor contacte a su trabajador de admisión y ellos le pueden ayudar si está teniendo problema acumulando documentación.

P: ¿Qué documentación es necesitada?

R: La DSPD necesita lo siguiente:

Historia Social/Paquete de Admisión (Su trabajador de admisión le enviará esto)

Tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento

- DSPD puede continuar el proceso de admisión sin estos documentos, pero no podremos *tomar una decisión de elegibilidad* hasta que los hayamos recibido. DSPD puede ayudarle a contactar la agencia que provee estos documentos.

Evaluación Psicológica

- Una evaluación completada dentro de los últimos 5 años es requerida. Una prueba de desarrollo puede ser usada para niños menores de 7 años.
- *Pruebas de la Escuela pueden cumplir con este requerimiento.* Necesitaremos una copia de la evaluación psicológica y/o pruebas completadas por el psicólogo escolar. Un diagnóstico también es necesario para determinar elegibilidad. Los IEP, hasta aquellos con metas, no son aceptables para propósitos de elegibilidad.

Registros Médicos

- Solo registros/información relacionados a las necesidades deben ser suministrados. No requerimos cada registro que su médico tiene en archivo.
- Para condiciones médicas: Una carta de un médico puede ser suficiente si está *firmada y fechada* por el médico e incluye el *nombre del individuo, diagnóstico, código de diagnóstico ICD actual (su médico sabrá lo que es esto), y limitaciones funcionales.*

Liberación de Información (Incluyendo el paquete de admisión)

- Sin la liberación de información completada, no podemos contactar a nadie en nombre de su caso para obtener la documentación necesaria.
- Por favor liste los médicos en este formulario con sus números de teléfono y su trabajador de admisión puede contactarles directamente para obtener la documentación necesaria.

Evaluación ICAP (La Evaluación de División que es completada por su trabajador de admisión)

- Cuando la documentación anterior sea recibida y revisada, su trabajador de admisión le contactará para completar una evaluación acerca de las limitaciones funcionales del aplicante.

P: ¿Necesita la persona aplicando registrarse para votar para ser elegible para servicios DSPD?

R: No. Como agencia del estado, DSPD debe darle la opción cuando esté aplicando.

P: ¿Qué pasa después que toda la documentación haya sido entregada?

R: Cuando toda la documentación sea recibida y revisada, su trabajador de admisión le contactará.

Para preguntas adicionales acerca de servicios DSPD, por favor contacte su trabajador de admisión o visite la página web en: <http://www.hsdspd.utah.gov>

El trabajador de admisión planeará lo que es llamado evaluación ICAP, el cual determina donde la mayoría de apoyo es necesitado. Esto es parte del proceso de elegibilidad.

P: ¿Cómo sabré cuando se haya tomado una decisión?

R: Cuando toda la documentación sea recibida y revisada, una carta informativa llamada Notificación de Acción de Agencia (NOAA) le será enviada. Esta carta indicará si el aplicante es legible (y puesto en la lista de espera) o ilegible para servicios DSPD.

P: ¿Qué ocurre si soy ilegible?

R: Se le enviará una carta informativa (NOAA) que le dejará saber por escrito si usted no es legible para servicios. Adjunto a todas las Notificaciones de Acción de Agencia es un formulario de Solicitud de Audición. Usted puede solicitar apelar la decisión tomada por la DSPD a los 30 días del matasello. Usted puede contactar DSPD si tiene preguntas en relación al formulario de apelación.

P: ¿Qué ocurre si soy elegible?

R: Se le enviará una carta informativa (NOAA) que le dejará saber por escrito que usted es elegible para servicios. Esta carta incluirá un formulario de Solicitud de Audición el cual es incluido cada vez que se envíe una Notificación de Acción de Agencia. Usted no necesita devolver el formulario de apelación si fue encontrado elegible para servicios.

P: ¿Qué tiempo estaré en la lista de espera?

R: Financiamiento es proveído a aquellos con las necesidades más críticas. DSPD no trabaja por orden de llegada. Colocación en la lista de espera es ante todo basado en necesidad, y tiempos de espera varían de acuerdo a la necesidad y fondos disponibles. Para más información específica usted puede contactar a su trabajador de admisión o visitar la página web de la DSPD.

P: ¿Cómo da seguimiento la DSPD con las personas en la lista de espera?

R: Cada año, DSPD le enviará una encuesta por correo. Esta encuesta es usada para determinar su necesidad actual, al igual que dejarle saber a la DSPD si todavía está interesado en los servicios. Estas encuestas son enviadas por correo así que es importante mantener su información de contacto al día con su trabajador de lista de espera. *Si no recibimos una respuesta a esta encuesta, usted será removido de la lista de espera.* Usted puede contactar a su trabajador de admisión en cualquier momento para actualizar su situación o chequear su estatus. Si descubre que usted ya no está en la lista de espera porque no respondió a la encuesta, usted puede contactar nuestra línea de admisión al 1-877-568-0084.

P: ¿Qué ocurre cuando me salga de la lista de espera?

R: Cuando recibamos financiamiento para su caso, toda documentación proveída a DSPD será revisada otra vez, y usted será contactado por un trabajador de lista de espera para actualizar toda información necesaria. Usted irá por un proceso similar al proceso de admisión original y podrá ser requerido a someter documentación adicional para re-determinar elegibilidad. Usted será puesto en transición a un coordinador de apoyo estatal quien le asistirá con servicios disponibles.

Para información acerca de Medicaid por favor visite: <http://medicaid.utah.gov/>

Para información acerca de ICF/ID o Centros de Cuidados por favor contacte:

<http://www.health.utah.gov/ltc/CS/CSLinks.htm> haga clic en "Página de Hechos de Apoyos Comunitarios"

Para preguntas adicionales acerca de servicios DSPD, por favor contacte su trabajador de admisión o visite la página web en: <http://www.hsdspd.utah.gov>