



Estado de Utah
GARY R. HERBERT
Gobernador
SPENCER J. COX
Vicegobernador

Departamento de Servicios Humanos

ANN SILVERBERG WILLIAMSON
Director Ejecutivo

División de Servicios para Personas con Discapacidades

ANGELLA D. PINNA
Directora

Gracias por habernos contactado. Deseamos llegar a conocerle. Esperamos poder ayudarle a conseguir los servicios que necesita. Ofrecemos servicios para personas con discapacidad intelectual y condiciones relacionadas a estas, lesiones cerebrales adquiridas y discapacidades físicas.

Hemos incluido los siguientes documentos con esta carta:

- Lista de verificación de admisión de discapacidades físicas
- Formulario 1-1 Solicitud de Determinación de Elegibilidad para recibir Servicios
- Formulario 3-1 Solicitud de Servicios de Discapacidades Físicas
- Hoja de informativa de exención de discapacidades físicas (Inglés)
- Hoja Informativa sobre Discapacidades Físicas (Español)
- Red de Familia a Familia

Favor de completar los artículos en la lista de verificación de admisión y devuélvalos usando la información siguiente:

Email: pamiller@utah.gov

Correo::Division of Services to People with Disabilities, 3rd
Floor Multi Agency State Office Building
195 North 1950 West
Salt Lake City, Utah 84116

Asegúrese de llenar el Formulario 1-1 con su nombre e información de contacto para que podamos darle seguimiento a la información que ha enviado. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con nosotros. Puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono (801-386-0886) o solicitarnos que lo llamemos a través de la página web DSPD (dspd.utah.gov)

Angella D. Pinna, Director
División de Servicios para Personas con Discapacidades

División de Servicios para Personas con Discapacidades. Lista de verificación de admisión de discapacidades físicas.

- _____ Formulario 1-1 Solicitud de Determinación de Elegibilidad para recibir Servicios
- _____ Formulario 3-1 Solicitud de Servicios de Discapacidades Físicas
- _____ Copia de la tarjeta de Seguro Social
- _____ Copia del Certificado de Nacimiento
- _____ Copia de la tarjeta de Medicaid - Si no es aplicable, por favor indique en el Historial Social

Por favor envíe el mayor número de los documentos anteriores como sea posible:

Email: pamiller@utah.gov

Mail: Division of Services to People with Disabilities, 3rd
Floor Multi Agency State Office Building
195 North 1950 West
Salt Lake City, Utah 84116

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a:

Patty Miller, RN
801-386-0886

DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS CONDISCAPACIDADES

Solicitud de Servicios de Discapacidades Físicas

Parte A - Para ser completada por el solicitante

Información Personal del Solicitante

Nombre:		Fecha de Nacimiento		Mayor de 18 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de Seguro Social:		Tel. de casa () -		Tel. del trabajo: () -	
		Tel. móvil () -		Correo electrónico:	
Domicilio actual: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos <input type="checkbox"/> Otro (explique):					
Descripción de Discapacidad: Para calificar para Servicios de Discapacidades Físicas, usted debe tener un impedimento físico que ha resultado en la pérdida funcional de dos o más extremidades. Describa la naturaleza de su discapacidad:					
Esta condición es: <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente			Fecha de inicio:		
Si su discapacidad es temporal, ¿cuál es la duración esperada de la discapacidad?:					
¿Tiene una tarjeta de Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente			¿Cuál es su ingreso mensual bruto? \$		
¿Recibe actualmente servicios de asistencia de salud en el hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí sí, ¿cuántas visitas _____/día o _____/semana					
¿Tiene actualmente un asistente personal que no es de una agencia de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿cuántas horas? ____/día o ____/semana					
¿Cuál es el nombre de su asistente personal (si usted indicó tenerla)? _____					

Favor indicar las actividades de la vida diaria con las que necesita ayuda (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Aseo	<input type="checkbox"/> Cocina
<input type="checkbox"/> Comer	<input type="checkbox"/> Lavandería	<input type="checkbox"/> Compra de comestibles
<input type="checkbox"/> Asistencia / Apoyo para transferirse al o desde el baño / ducha o un vehículo de transporte		
<input type="checkbox"/> Asistencia con tareas / servicios como ventilador, cuidado del catéter, succión o cuidados nocturnos		
Por favor describa sus expectativas de cómo este programa le ayudará:		

DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Aplicación para Servicios de Discapacidades Físicas

Parte A (continuación) -Para ser completado por el solicitante

Verificación del Solicitante

Estimado solicitante: Los Servicios de Discapacidad Física sólo pueden ser distribuidos a través del método de auto-administración. Este método apoya a la persona con discapacidad auto-dirigiendo los servicios de asistencia personal que reciben a través del programa de Discapacidades Físicas.

Esto significa que debe tener en cuenta que:

A) Usted es el empleador, y asume la responsabilidad de contratar y administrar sus propios asistentes personales, lo que incluye la responsabilidad de la selección de empleados, la programación, la terminación, evaluaciones de rendimiento, la organización de la cobertura de respaldo y la presentación de hojas de tiempo. Servicio de preparación para el consumidor, un servicio preparatorio que proporciona instrucciones para estas tareas, se encuentra disponible a través de su Enfermera Coordinadora.

B) Usted debe ser capaz de instruir a sus asistentes personales en muchos niveles, incluyendo cómo y cuándo necesita ayuda, cambio de niveles en las necesidades personales, los procedimientos de quejas, la cobertura de emergencia, la explotación y el abuso.

Esta solicitud está diseñada para señalar cualquier temas de interés, o déficit que pueda impedirle operar el programa de manera segura y eficiente.

Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa. También acepto cumplir con todos los requisitos del programa.

Firma del aplicante:	Fecha:
Comentarios: _____ _____ _____	

**SOLO PARA OFICIALES DE LA DIVISIÓN
FECHA DE SELLO RECIBIDO EN LA CAJA**

Devuelva el formulario completado a:
Division of Services for People with Disabilities
Attn: Nurse Coordinator
195 North 1950 West
Salt Lake City, UT 84116

DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS CONDISCAPACIDADES

Solicitud de Servicios de Discapacidades Físicas

Parte B -Para ser completado por el médico

Nombre del médico:	Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Recomendaciones del Médico

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO

Querido Medico: Su paciente está solicitando Servicios de Discapacidades Físicas a través de la División de Servicios para Personas con Discapacidades (DSPD). Los Servicios de Discapacidades Físicas esto significa el cuidado práctico, tanto de los servicios médicos (en la medida en que lo permita la ley del Estado) como de los servicios no médicos de apoyo, específicos de las necesidades de un adulto con discapacidad física (asistencia con actividades de la vida diaria y cuidado personal). Por favor, tome unos minutos para completar esta página. La información que proporcione ayudará a la Enfermera Coordinadora de DSPD a determinar si su paciente es elegible para recibir servicio.

Nombre del paciente:

Diagnóstico del paciente:
Código ICD 10 : _____ **Definición:** _____

Para poder calificar para los servicios de Discapacidades Físicas, el solicitante debe cumplir con todos los siguientes criterios. Por favor marque sí o no en cada una de estas declaraciones basándose en su juicio profesional.

Sí No El paciente es médicamente estable.

Si la respuesta es No, favor explicar:

Sí No El paciente tiene una pérdida funcional de dos o más extremidades.

Si la respuesta es No, favor explicar:

Sí No La pérdida funcional del solicitante de dos o más extremidades es permanente.

Si la respuesta es No, favor explicar:

Sí No Se espera que la pérdida funcional de dos o más extremidades del solicitante dure al menos 12 meses o más.

Si la respuesta es No, favor explicar:

DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS CONDISCAPACIDADES

Solicitud de Servicios de Discapacidades Físicas

Parte B (continuación) - Para ser completado por el médico

SECCIÓN II: EVALUACIÓN AUTO-ADMINISTRADA

Nota para el Médico: La autoadministración es un método de prestación de servicios que apoya a una persona con una discapacidad en la auto-dirección de los servicios de asistencia personal que reciben a través del programa de Discapacidades Físicas. Los servicios de discapacidades físicas sólo pueden ser distribuidos a través del método de auto-administración. Esto significa que para poder ser elegible para los Servicios de Discapacidades Físicas, su paciente debe ser capaz de:

- a) Dirigir ciertos aspectos del cuidado del paciente. Por ejemplo, deben tener la capacidad de contratar, entrenar y supervisar a sus propios asistentes personales y determinar cómo y cuándo se proporcionan los servicios; y
- b) Auto-administrarse, lo que significa ser consciente de sus necesidades y tener la capacidad de instruir al asistente personal sobre cómo y cuándo se necesita asistencia.

Si usted tiene dudas sobre la capacidad de su paciente para completar estas tareas, por favor indique en la sección "Comentarios" a continuación. Esta evaluación tiene como objetivo determinar cualquier problema de preocupación o déficit que pueda interferir con la capacidad del paciente para auto-dirigir los Servicios de Discapacidades Físicas que se necesitan. Siéntase libre de involucrar a su paciente en un diálogo abierto mientras pasa por las partes (a) y (b) directamente arriba.

Certifico que el paciente, basado en la evaluación anterior:

- Es capaz de auto-administrar su programa.**
- No es capaz de auto-administrar su programa.**

Comentarios: _____

Certifico que la información que he proporcionado bajo las secciones I y II en esta solicitud es verdadera y exacta a mi mejor conocimiento.

Firma del Médico:	Fecha:
Comentarios adicionales: _____ _____ _____	

Devuelva el formulario completado a:
Division of Services for People with Disabilities
Attn: Nurse Coordinator
195 North 1950 West
Salt Lake City, Utah 84116

FECHA DEL SELLO RECIBIDO EN LA CAJA



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: _____