

Lista de documentos: daño cerebral adquirido

Fecha de la versión: Febrero, 2025

AVISO DE PRIVACIDAD: La información que usted provea sera usada para determinar la elegibilidad para acceder servicios con la división. Esta información solo sera usada por el Departamento de Salud y Servicio Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta información y datos no podremos tomar una determinación. Estos datos son parte de la siguiente serie de registros: 15376.

Pasos para la Admisión

1. Envíe al departamento de Admisiones de DSPD todos los documentos requeridos para determinar la elegibilidad.
2. Una especialista revisará sus documentos.
3. Una especialista de Admisiones le contactará para fijar una cita para completar el Cuestionario de Evaluación de las Necesidades (NAQ por sus siglas en Inglés).

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar los formularios, contacte a la Línea de Admisiones de DSPD 1-844-275-3773 ó en Español al 801-538-4134.

Documentos para la elegibilidad

Obligatorio para todos	Puede ser necesario para determinar su elegibilidad
Formulario 1-1 Requisito para determinar la Elegibilidad para servicios	Copia de la tarjeta del Medicaid (si no es pertinente, indíquelo en la Historia Social)
Copia de la tarjeta del Seguro Social	Formulario 1-2 Autorización para Proporcionar Información y Descargo de Responsabilidad
Copia de la Partida de Nacimiento	Documentos de la Custodia (si la corte ha asignado a un guardián)
Historia Social	
Registros médicos (documentación relevante solo con el diagnóstico)	
Formulario 18 Requisito del Código ICD (para ser completado por un profesional médico cuyo alcance de licencia incluye la capacidad de emitir diagnósticos).	

Mande sus documentos por correo, correo electronico o fax

Mail: Division of Services for People with Disabilities
ATTN: Intake
475 W. Price River Dr. #262
Price, UT 84501

Email: dspdintake@utah.gov

Fax: 801-538-4279

Solicitud de determinación de derecho a servicios

Formulario 1-1

Fecha de esta versión: March 2025

AVISO DE PRIVACIDAD: La información que usted provea será usada para determinar la elegibilidad para acceder servicios con la división. Esta información solo será usada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta información y datos no podremos tomar una determinación. Estos datos son parte de la siguiente serie de registros: 15376.

Instrucciones

- Complete y devuelva este formulario para iniciar el proceso de elegibilidad. Este formulario requiere una firma. Se puede rellenar y firmar electrónicamente. Devuelva los formularios completados por correo electrónico o postal. Si imprime el formulario, debe escanearlo antes de devolverlo por correo electrónico.
- Envíe los formularios completados por correo electrónico a DSPDIntake@utah.gov.
- Envíe por correo los formularios completados a 475 W Price River Dr #262 Price, UT 84501.
- Comuníquese por correo electrónico o llame al 1-844-275-3773 para obtener ayuda para completar el formulario 1-1.

Información del solicitante

Nombre legal (nombre, segundo nombre, apellido):

Teléfono:

Correo electrónico:

Fecha de nacimiento:

Género legal:

Número de seguro social:

Condado:

Dirección (con código postal):

Persona de contacto

Igual que el solicitante

Nombre:

Teléfono:

Relación:

Firma

Yo, el solicitante, entiendo que al firmar y devolver este formulario estoy solicitando oficialmente a la División de Servicios para Personas con Discapacidades de Utah que determine mi elegibilidad para los servicios. Para determinar mi elegibilidad, el DSPD recopilará y revisará mi información médica y psicológica.

Firma:

Fecha:

El firmante es: Solicitante

Padre

Tutor legal

Historia social de admisión

Formulario 824-I

Fecha de esta versión: March 2025

AVISO DE PRIVACIDAD: La información que usted provea será usada para determinar la elegibilidad para acceder servicios con la división. Esta información solo será usada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta información y datos no podremos tomar una determinación. Estos datos son parte de la siguiente serie de registros: 15376.

Fecha:

Completado por:

Información personal del solicitante

Nombre legal (Primero, segundo, apellido):

nombre preferido:

Fecha de nacimiento:

Género:

Idioma primario:

Ayuda de Comunicación/Traducción:

Ninguno

Idioma que habla

Idioma por señas

AA

TTY

Raza y origen étnico:

Indio Americano o nativo de Alaska

Negro o africano americano

Asiático

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

De origen hispano, latino o español

Multiracial

Medio Oriente o África del Norte

No hispano, latino o de origen español

Blanco

Prefiero no decir

Prefiere describirse a sí mismo

Estado de la Tutela:

Por sí mismo

Padre biológico

Padre adoptivo

Menor bajo tutela

Guardián

Estado matrimonial:

Soltero

Casado

Divorciado

Pareja

Viudo

Información de contacto del solicitante

Dirección física:	Ciudad:	UT	Código postal:
Dirección de correo:	Ciudad:	UT	Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:		
¿Es el Solicitante el contacto principal para información?	Sí	No	

Contactos principales

Enumere no más de 3 personas para que actúen como contactos principales y de emergencia. Incluir a los padres y tutores legales, si corresponde, y al menos una persona que no viva con el solicitante. Los tutores legales deben proporcionar una copia de la tutela legal.

Contacto 1

¿Vive con el solicitante?	Sí	No	Contacto principal
Nombre:	Género:		Relación con el solicitante:
Dirección:	Ciudad:		Estado: Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:		Idioma principal:
Asistencia de comunicación:	Ninguno	Idioma que habla	Idioma por señas AA TTY

Contacto 2

¿Vive con el solicitante?	Sí	No	Contacto principal			
Nombre:			Género:		Relación con el solicitante:	
Dirección:			Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono:			Correo electrónico:		Idioma principal:	
Asistencia de Comunicación:		Ninguno	Idioma que habla	Idioma por señas	AA	TTY

Contacto 3

¿Vive con el solicitante?	Sí	No	Contacto principal			
Nombre:			Género::		Relación con el solicitante:	
Dirección:			Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono:			Correo electrónico:		Idioma principal:	
Asistencia de Comunicación:		Ninguno	Idioma que habla	Idioma por señas	AA	TTY

Historial educativo del solicitante

Por favor, indique la escuela actual o la última a la que asistió.

Nombre de la escuela:	Tipo de escuela:
-----------------------	------------------

Contacto de la escuela:

¿Recibió el solicitante servicios de intervención temprana?	Sí	No
¿Recibió el solicitante servicios de educación especial?	Sí	No

Si todavía está en la escuela, ¿en qué fecha se graduará o saldrá de estudiar el solicitante?

Historial de empleo del solicitante

Para los solicitantes mayores de 16 años, enumere su trabajo más reciente.

Empleador:	Medio tiempo	Tiempo completo
------------	--------------	-----------------

Fecha que empezó:	Fecha que terminó:	Horas por semana:	Salario por hora:
-------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Título/descripción del trabajo:

Tipo de empleo (por favor marque uno):

☐ Empleo Individual Integrado (por ejemplo, el solicitante tiene/tuvo su propio trabajo en la comunidad)

☐ Equipo de Trabajo Integrado (por ejemplo, el solicitante trabaja/trabajó en la comunidad en un equipo de trabajo)

☐ Basado en instalaciones (es decir, participó en un taller protegido, actividad laboral, etc.)

Problemas relacionados con el trabajo (es decir, cualquier dificultad que afecte el rendimiento en el trabajo):

Éxitos relacionados con el trabajo, habilidades especiales, etc.:

¿Recibió previamente empleo con apoyo a través de la rehabilitación vocacional?	Sí	No
---	----	----

En caso afirmativo, ¿en qué año recibió el solicitante los servicios de empleo?

¿El solicitante está buscando un empleo que requiere apoyo continuo?	Sí	No
--	----	----

¿El solicitante tiene actualmente un caso abierto con el Departamento de Educación Vocacional? ¿Rehabilitación?	Sí	No
---	----	----

En caso afirmativo, ¿cuál oficina?:	Teléfono de la oficina:
-------------------------------------	-------------------------

Áreas de preocupación

Enumere cualquier problema de salud importante (físico, psicológico, abuso de sustancias, etc.) y los diagnósticos relacionados que afecten la vida del solicitante.

Salud Conductual

¿Recibe apoyo?	Sí	No
¿Necesita apoyo?	Sí	No

Si necesita ayuda, por favor describa:

Abuso de Sustancias

¿Recibe apoyo?	Sí	No
¿Necesita apoyo?	Sí	No

Si necesita ayuda, por favor describa:

Salud Mental

¿Recibe apoyo?	Sí	No
¿Necesita apoyo?	Sí	No

Si necesita ayuda, por favor describa:

Seguridad

¿Recibe apoyo?	Sí	No
¿Necesita apoyo?	Sí	No

Si necesita ayuda, por favor describa:

Salud Física

¿Recibe apoyo?	Sí	No
¿Necesita apoyo?	Sí	No

Si necesita ayuda, por favor describa:

Otro

¿Recibe apoyo?	Sí	No
¿Necesita apoyo?	Sí	No

Si necesita ayuda, por favor describa:

Lesión Cerebral

¿Tiene el solicitante una lesión cerebral?	Sí	No
¿La lesión cerebral ocurrió antes o después de un parto?	Antes	Después
Fecha en que ocurrió la lesión cerebral:		
Describir la causa de la lesión cerebral.		

Equipo médico/especializado del solicitante

¿Utiliza el solicitante algún equipo especializado (por ejemplo, silla de ruedas, andador, tubo gástrico, ventilador, etc.)?	Yes	No
En caso afirmativo, describa el equipo especializado utilizado.		

Hospitalizaciones recientes del solicitante

Enumere todas las hospitalizaciones realizadas en el último año, incluida la atención psiquiátrica y el tratamiento residencial para pacientes hospitalizados.

Nombre de la instalación	Nombre de la instalación		
Razón de la admisión	Razón de la admisión		
Fecha de admisión	Fecha de alta	Fecha de admisión	Fecha de alta

Centro de Enfermería o Centro de Cuidados Intermedios (ICF)

¿El solicitante es ahora o alguna vez ha sido residente de un centro de enfermería?	Sí	No
---	----	----

Nombre de la instalación	Fecha de admisión	Fecha de alta
--------------------------	-------------------	---------------

¿El solicitante es ahora o ha sido alguna vez residente de un ICF?	Sí	No
--	----	----

Nombre de la instalación Fecha de admisión Fecha de alta

Implicación de otra agencia

Si el solicitante está involucrado con cualquier otra agencia municipal, estatal o federal, complete lo siguiente información.

Nombre de la agencia: _____

Contacto: _____ Contacto: _____

Teléfono:

Correo electrónico: _____

Implicación de otra agencia

Enumere a los profesionales importantes (por ejemplo, médicos, representantes escolares, terapeutas, proveedores de servicios, etc.).

Tipo de Profesional

Nombre	Nombre
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Teléfono

Correo electrónico: _____

Órdenes judiciales

Si el solicitante está actualmente afectado por alguna orden judicial, enumere la orden a continuación y proporcione una copia.

Tipo de orden:

Fecha de firma:

Beneficios del solicitante

Si el solicitante recibe algún beneficio financiero, complete la siguiente información.

Tipo de beneficio	Tipo de beneficio
Cantidad	Cantidad
Frecuencia	Frecuencia

Salud del solicitante Seguro

Elija todo lo que aplica.

Medicaid	Número de identificación:
Medicare	Número de identificación:
Seguro privado	

Solicitud de Código ICD-10

Formulario 18

Fecha de esta versión: Febrero 2025

Aviso de privacidad: La información que usted provea será usada para determinar la elegibilidad para acceder servicios con la división. Esta información solo será usada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta información y datos no podremos tomar una determinación. Estos datos son parte de la siguiente serie de registros: 15376.

Instrucciones:

La División de Servicios para Personas con Discapacidades (DSPD, por sus siglas en inglés) solicita la confirmación de un código de diagnóstico de la ICD-10 para el solicitante identificado a continuación con el fin de determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad para el servicio. El formulario debe ser completado y firmado por un profesional médico cuyo alcance de licencia incluye la capacidad de emitir diagnósticos. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el DSPD al 1-844-275-3773, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Envíe el formulario completo por correo electrónico, correo postal o fax.

Correo: Division of services for People with Disabilities
Attn: Intake
475 W Price River Dr. #262
Price, UT 84501

Fax: 801-538-4279

Correo electrónico: dspdintake@utah.gov

Información del solicitant

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Información del médico

Nombre:

Teléfono:

Credenciales:

Dirección:

Certificación médica

Llego a la conclusión de que el solicitante cumple con el siguiente código(s) y diagnóstico(s) primarios de la ICD-10:

Código ICD-10:

Diagnóstico:

Si se aplican códigos y diagnósticos adicionales de ICD-10 CM, enumere:

Código ICD-10:

Diagnóstico:

Código ICD-10:

Diagnóstico:

Código ICD-10:

Diagnóstico:

Firma:

Fecha:

Autorización para dar información y exención de responsabilidad.

Formulario 1-2

Fecha de esta versión: March 2025

Aviso de privacidad: La información que usted provea sera usada para determinar la elegibilidad para acceder servicios con la división. Esta información solo sera usada por el Departamento de Salud y Servicio Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta información y datos no podremos tomar una determinación. Estos datos son parte de la siguiente serie de registros: 15376.

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Los siguientes tienen mi permiso para compartir mi información privada de salud:

Distrito Escolar:

Vocacional Rehabilitación:

Proveedor de salud emocional:

Médico:

Otra:

Por la presente, está autorizado a compartir a la División de Servicios para Personas con Discapacidades (DSPD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a sus representantes autorizados, verbalmente o en cualquier forma escrita, cualquier información que tenga sobre los siguientes temas:

Pruebas de desarrollo

Registros de hospitalización

Pruebas

Pruebas psicológicas/cognitivas

Registros de lesiones cerebrales

vocacionales IEP/
pruebas educativas

Registros de citas fuera del hospital

Registros de examen físico

Otras

Por favor incluya registros de _____ a _____

(Recipiente de información: Si la información compartida se relaciona con el abuso de drogas o alcohol, los registros están protegidos por las leyes federales de privacidad y que prohíbe compartir esta información sin la autorización específica por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para compartir información NO es suficiente para este propósito. La ley federal restringe el uso de información sobre abuso de drogas o alcohol para investigaciones o procesos penales).

El propósito del uso de esta información es establecer la elegibilidad para los servicios DSPD. Fecha de vencimiento del uso de información:

- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi proveedor de atención médica no puede negarme a proporcionar tratamiento, pago, ni negar la elegibilidad para beneficios basándose en esto.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que mi revocación no es efectiva hasta que la reciba el proveedor de atención médica. Mi revocación no es efectiva en la medida en que el proveedor de atención médica ya haya compartido mi información basándose en esta autorización.
- Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan la información compartida con DSPD y que la información puede volver a compartirse.
- Entiendo que esta información es requerida por la División de Servicios para Personas con Discapacidades del DHHS.

Yo, el individuo y/o el representante personal autorizado, entiendo que al firmar a continuación solicito a la División de Servicios para Personas con Discapacidades que recopile información sobre mí para ver si soy elegible para recibir los servicios.

Firma:

Fecha:

El firmante es: _____ el individuo nombrado arriba _____ el representante personal legalmente autorizado del individuo

Nombre del representante personal autorizado:

Preguntas frecuentes de Admisiones (Intake)

Daño cerebral adquirido (DCA)

Pregunta: ¿Cómo determina el DSPD si mi caso es elegible para los servicios del DSPD?

Respuesta: El DSPD usa sus documentos para decidir si usted es elegible para los servicios. Para ser elegible a los servicios, usted debe tener una discapacidad que el DSPD atienda. Su trabajador de admisión busca una discapacidad elegible en sus documentos.

La lista de verificación de admisión enumera los documentos que debemos revisar. La lista de verificación está incluida en su paquete de admisión. Es posible que el DSPD le pida más documentos o documentos diferentes.

Pregunta: ¿Cuánto tiempo tengo para entregar los documentos al DSPD?

Respuesta: Tiene 90 días para completar el paquete de admisión y enviar los documentos de elegibilidad. Los 90 días comienzan cuando su trabajador de admisión le envía el paquete de admisión o usted comienza la admisión a través de MySTEPS.

Su trabajador de admisión puede ayudarle a reunir los documentos.

Pregunta: ¿Qué sucede si no entrego todos los documentos en un plazo de 90 días?

Respuesta: DSPD cambia su caso a "inactivo" si no tenemos los documentos que necesitamos. Su trabajador de admisión le enviará una carta que le dirá que pasaron los 90 días. Póngase en contacto con su trabajador de admisión para volver a cambiar su caso a "activo".

Pregunta: ¿Qué documentos se necesitan?

Respuesta: Aquí hay una lista y una explicación de los documentos que el DSPD necesita

para ser elegible. La lista de verificación de admisión enumera los documentos que debemos revisar. La lista de verificación está incluida en su paquete de admisión.

A. Historial social

- i. El historial social se incluye en el paquete de admisión y está disponible en MySTEPS. DSPD puede revisar otros documentos antes de que termine el historial social. El DSPD necesita el historial social para decidir si usted es elegible.

B. Tarjeta de seguro social y certificado de nacimiento

- i. El DSPD puede revisar otros documentos antes de que tengamos su tarjeta de seguro social y su certificado de nacimiento. El DSPD necesita ambos documentos para decidir si usted es elegible. DSPD puede ayudarle a solicitar una nueva tarjeta o certificado si no puede encontrarlos.

C. Registros médicos

- i. El DSPD solo necesita registros e información relacionada con la discapacidad. No requerimos todos los registros que su médico tiene archivados.
- ii. Le enviaremos el formulario 18 para documentar su diagnóstico. El formulario 18 es completado por un profesional médico cuyo alcance de licencia incluye la capacidad de emitir diagnósticos.
- iii. Podemos usar una carta de su médico si tiene la información que necesitamos. Necesitamos saber el nombre del paciente, un diagnóstico, un código de diagnóstico actual del ICD y una descripción de las limitaciones funcionales. Su médico sabrá cuál es el

código de diagnóstico del ICD. La carta debe estar firmada y fechada.

admisión se comunicará con usted acerca de la CBIA.

D. Formulario 1-2 Autorización para proporcionar información y exención de responsabilidad

- i. El Formulario 1-2 le permite a su trabajador de admisión solicitar su información médica y escolar protegida. Envíenos este formulario si desea ayuda para reunir sus documentos. No podemos pedirle a su escuela, médico o proveedor de servicios su información protegida sin un formulario firmado. El Formulario 1-2 se incluye en el paquete de admisión. Póngase en contacto con su trabajador de admisión si necesita otra copia del formulario.
- ii. Indique el nombre y el número de teléfono de cada lugar en el que su trabajador de admisión puede solicitar información.

E. Cuestionario de evaluación de necesidades (NAQ)

- i. El NAQ es una evaluación del DSPD que se realiza con su trabajador de admisión. El DSPD necesita revisar todos sus documentos antes de completar el NAQ. Su trabajador de admisión se comunicará con usted acerca del NAQ.
- ii. DSPD utiliza los resultados de NAQ para calcular su puntuación de necesidad crítica.

F. Evaluación integral de lesiones cerebrales (CBIA, por sus siglas en inglés)

- i. La CBIA es una evaluación del DSPD que se realiza con su trabajador de admisión. El DSPD necesita revisar todos sus documentos antes de completar el CBIA. Su trabajador de

- ii. El DSPD utiliza la CBIA para identificar sus limitaciones funcionales.

Pregunta: ¿Es necesario que la persona que solicita se registre para votar y sea elegible para los servicios del DSPD?

Respuesta: No. El DSPD no utiliza el registro de votantes para decidir la elegibilidad.

Pregunta: ¿Qué sucede después de que se envían todos los documentos?

Respuesta: Primero, su trabajador de admisión revisa todos sus documentos. Luego, se comunican con usted para programar dos evaluaciones del DSPD. El Cuestionario de Evaluación de Necesidades (NAQ, por sus siglas en inglés) y la Evaluación Integral de Lesiones Cerebrales (CBIA, por sus siglas en inglés) son parte del proceso de elegibilidad.

Pregunta: ¿Cómo sabré cuándo se ha tomado una decisión?

Respuesta: El DSPD le enviará una carta llamada Aviso de Acción de la Agencia (NAA, por sus siglas en inglés). La NAA le dice si usted es elegible o no para los servicios del DSPD.

Pregunta: ¿Qué sucede si no soy elegible?

Respuesta: Se le enviará una carta llamada Aviso de Acción de la Agencia (NAA, por sus siglas en inglés). La NAA le dice que usted no es elegible a los servicios. Si lo desea, puede apelar la decisión del DSPD. Una apelación le dice al DSPD que no está de acuerdo con la decisión. Adjunto a la NAA hay un formulario de solicitud de audiencia. Siga las instrucciones del formulario de solicitud de audiencia para comenzar el proceso de apelación. El formulario de solicitud de audiencia debe devolverse al DSPD dentro de los 30 días posteriores al sello del correo marcado en

el sobre. Comuníquese con su trabajador de admisión si tiene preguntas sobre el formulario de solicitud de audiencia o el proceso de apelación.

Pregunta: ¿Qué sucede si soy elegible?

Respuesta: Se le enviará una carta llamada Aviso de Acción de la Agencia (NAA, por sus siglas en inglés). La NAA le dice que usted es elegible para los servicios. La NAA siempre incluye un formulario de solicitud de audiencia. El formulario de solicitud de audiencia inicia un proceso para apelar la decisión del DSPD. Una apelación le dice al DSPD que usted no está de acuerdo con la decisión. El DSPD no espera que usted apele una decisión con la que usted está de acuerdo.

Pregunta: ¿Cuánto tiempo estaré en la lista de espera?

Respuesta: Los tiempos de espera varían según la necesidad evaluada de cada persona y los fondos disponibles. La lista de espera clasifica a las personas según su puntaje de necesidad crítica. Su puntaje de necesidad crítica proviene de la NAQ y de la encuesta anual de la lista de espera. La financiación se ofrece a las personas con las necesidades más críticas, no por orden de solicitud. Póngase en contacto con su trabajador de admisión o visite el sitio web del DSPD para obtener más información sobre la lista de espera.

Pregunta: ¿Cómo hace el DSPD para hacer un seguimiento de las personas en la lista de espera?

Answer: DSPD will call you every year. When we call, we will ask you survey questions and update your NAQ. We use the survey to confirm that you still want our services. If DSPD cannot complete your survey, we will remove you from the waiting list. Call intake at 1-877-568-0084 if you are no longer on the waiting list.

You can contact your waiting list worker at any time to update your need assessment or check on your case.

Question: What happens when I come off of the waiting list?

Answer: DSPD will tell you that funding is available for your case. Your waiting list worker will look at all of your eligibility documents. You may need to update your documents. Updating your eligibility documents can be a lot like the intake process. Your waiting list worker will tell you if DSPD needs new documents from you. Tell your waiting list worker if you need help getting new documents.

After we update your documents, DSPD will move you to a state support coordinator. A support coordinator helps you pick services and track your budget. Your state support coordinator will help you set-up a service plan.

Otra información

Información sobre Medicaid

Visitar medicaid.utah.gov.

Información sobre el Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

Visitar <https://medicaid.utah.gov/medicaid-long-term-care-and-waiver-programs/>.

Información de DSPD

Visitar dspd.utah.gov.

Contact your intake worker.

Consejo de Lesiones Cerebrales de Utah

G. <http://utahbraininjurycouncil.net/>