Utah Department of Health & Human Services

Lista de documentos
Discapacidades Intelectuales & Condiciones Relacionadas

Fecha de la 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 Servicios Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta inforación 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 p ara 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

- ☐ Formulario 1-1 Requisito para Determinar la Elegibilidad para Servicios
- ☐ Copia de la tarjeta del Seguro Social
- ☐ Copia de la Partida de Nacimiento
- ☐ Historia social
- ☐ Evaluación Psicológica
  (Para todos los que tengan más de 7 años y que haya sido completada en los últimos 5 años. Debe incluir diagnósticos y pruebas hechas)
- ☐ Evaluación del Desarrollo
  (Para niños menores de 7 años y que haya sido completada en los últimos 5 años)

Puede necesitarse para determinar su elegibilidad

- ☐ Copia de la tarjeta de Medicaid (Si no es pertinente, indíquelo en la historia social)
- ☐ Formulario 1-2 Autorización para Proporcionar Información y Descargo de Responsabilidad
- ☐ Registros Médicos
  (Solo relevantes al diagnóstico)
- ☐ Documentos de la Custodia
  (si la corte ha asignado a un guardián)
- ☐ 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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah

Solicitud de determinación de derecho a servicios

Formulario 1-1

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 Servicios Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta inforación 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 con DSPD Intake 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: Genero 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 ☐

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah

Historia social de admisión

Formulario 824-I

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 Servicion Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta inforación 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: Sexo: 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
☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
☐ Medio Oriente o África del Norte
☐ Prefiero no decir
☐ Negro o africano americano
☐ De origen hispano, latino o español
☐ No hispano, latino o de origen español
☐ Asiático
☐ Multiracial
☐ Blanco
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: 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: 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: 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

Razón de la admisión

Fecha de admisión Fecha de alta

Nombre de la instalación

Razón de la admisión

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:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre de la agencia:

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

Teléfono

Correo electrónico:

Tipo de Profesional

Nombre

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

Cantidad

Frecuencia

Tipo de beneficio

Cantidad

Frecuencia

Salud del solicitante Seguro

Elija todo lo que aplica.

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah

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 Servicion Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta inforación 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
- ☐ Pruebas psicológicas/cognitivas
- ☐ Registros de citas fuera del hospital
- ☐ Registros de hospitalización
- ☐ Registros de lesiones cerebrales
- ☐ Registros de examen físico
- ☐ Pruebas vocacionales IEP/ pruebas educativas
- ☐ 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: _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah

Solicitud de Código ICD-10

Formulario 18 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 Servicion Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta inforación 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:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah

Preguntas frecuentes

Discapacidad intelectual y afecciones relacionadas

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

Respuesta: DSPD utiliza sus documentos para decidir si usted es elegible a los servicios. Para ser elegible a los servicios, debe tener una discapacidad que el DSPD atiende. 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 se incluye en su paquete de admisión. DSPD puede solicitarle más o diferentes documentos.

Pregunta: ¿Cuánto tiempo tengo para entregar los documentos a 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 ingesta a través de MySTEPS. Su trabajador de admisión puede ayudarle a reunir 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 dice que los 90 días pasaron. Comuníquese con su trabajador de admisión para cambiar su caso a “activo”.

Pregunta: ¿Qué documentos se necesitan?

Respuesta: Aquí hay una lista y 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 está incluido en el paquete de admisión y 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 la seguridad social y partida de nacimiento

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

C. Evaluación psicológica o evaluación del desarrollo

D. El DSPD necesita el registro de diagnóstico y pruebas de su psicólogo con licencia. La fecha de diagnóstico y prueba debe ser en los últimos cinco años. Aceptamos una evaluación psicológica para todos desde los 7 años de edad y mayores. Aceptamos una evaluación del desarrollo para niños

   i. Las pruebas escolares pueden cumplir con este requisito. La prueba escolar debe ser realizada por un psicólogo. El DSPD necesita el diagnóstico y las herramientas de prueba utilizadas.

   ii. No podemos usar sus metas del Plan de Educación Individualizado (IEP) para decidir si usted es elegible.

E. 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. A veces, el DSPD necesita información específica sobre su discapacidad. 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 de ICD actual y un

iv. descripción de las limitaciones funcionales. Su médico sabrá cuál es el código de diagnóstico del ICD. La carta debe estar firmada y fechada.

F. Formulario 1-2 autorización para proporcionar información y exención de responsabilidad

i. El formulario 1-2 le permite a su trabajador de admisión pedir su información de escuela y médica protegida. Envíenos este formulario si quiere 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 está incluido en el paquete de admisión. Comuníquese con su trabajador de admisión si necesita otra copia del formulario.

ii. Por favor, indique el nombre y número de teléfono de cada lugar que su trabajador de admisión puede pedir información.

G. Cuestionario de evaluación de las necesidades

i. El NAQ es una evaluación del DSPD que se realiza con su trabajador de admisión. DSPD necesita revisar todos sus documentos antes de completar el NAQ. Su trabajador de admisión se pondrá en contacto con usted sobre el NAQ.

ii. DSPD utiliza los resultados de NAQ para dos propósitos. Primero, para identificar sus limitaciones funcionales. Y, en segundo lugar, para calcular su puntuación de necesidad crítica.

Pregunta: ¿Necesita el solicitante registrarse para votar para ser elegible para los servicios de DSPD?

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

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

Respuesta: Primero, su trabajador de admisión revisa todos sus documentos. Luego, se ponen en contacto con usted para programar una evaluación del DSPD. El cuestionario de evaluación de necesidades forma 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). La NAA le dice si es elegible o no para los servicios del DSPD.

Pregunta: ¿Qué sucede si no soy elegible?

Respuesta: Se le enviará una carta llamada el Aviso de Acción de la Agencia (NAA). La NAA le dice que usted no es elegible para los servicios. Si lo desea, puede apelar la decisión de DSPD. Una apelación le dice al DSPD que usted no está de acuerdo con la decisión. Adjunto a la NAA hay un formulario de solicitud de audiencia. Siga las instrucciones en el formulario de Solicitud de Audiencia para comenzar el proceso de apelación. El formulario de Solicitud de Audiencia debe ser devuelto al DSPD dentro de los 30 días posteriores al sello del correo 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 el Aviso de Acción de la Agencia (NAA). 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. DSPD no espera que usted apele una decisión con la que esté 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 por su puntuación de necesidad crítica. Su puntaje de necesidad crítica proviene del NAQ y la encuesta anual de lista de espera. Los fondos se ofrecen a las personas con las necesidades más críticas, no por orden de solicitud. Comuníquese 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 el seguimiento con las personas en lista de espera?

Respuesta: El DSPD le llamará cada año. Cuando llamemos, le haremos preguntas de la encuesta y actualizaremos su NAQ. Utilizamos la encuesta para confirmar que aún desea nuestros servicios. Si DSPD no puede completar su encuesta, lo eliminaremos de la lista de espera. Llame a Admisión al 1-877-568-0084 si ya no está en la lista de espera. Puede comunicarse con su trabajador de lista de espera en cualquier momento para actualizar su evaluación de necesidades o verificar su caso.

Pregunta: ¿Qué pasa cuando salgo de la lista de espera?

Respuesta: El DSPD le dirá que hay fondos disponibles para su caso. Su trabajador de lista de espera revisará todos sus documentos de elegibilidad. Es posible que necesite actualizar sus documentos. Actualizar sus documentos de elegibilidad puede parecerse mucho al proceso de admisión. Su trabajador de lista de espera le dirá si DSPD necesita nuevos documentos de usted. Informe a su trabajador de lista de espera si necesita ayuda para obtener nuevos documentos. Después de actualizar sus documentos, El DSPD lo llevará a un coordinador de apoyo estatal. Un coordinador de apoyo le ayuda a elegir servicios y hacer un seguimiento de su presupuesto. Su coordinador de apoyo estatal le ayudará a establecer un plan de servicio.

Información adicional

Información sobre Medicaid

Visite medicaid.utah.gov.

Información del Centro de Cuidados Intermedios (ICF)

Visite https://medicaid.utah.gov/ltc/cs/.

Información del DSPD

Visite dspd.utah.gov.

Comuníquese con su trabajador de admisión.