Department of Health & Human Services | Services for People with Disabilities

Lista de documentos: discapacidades físicas

Fecha de la versión: Julio, 2026

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.

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) y la Evaluación Minimum Data Set – Home and Community.

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 de 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
- ☐ Registros médicos (solo documentación relevante al diagnóstico)
- ☐ Formulario 3-1 Aplicación para Discapacidades Físicas (Parte A completada por el solicitante. Parte B completada por un profesional médico cuyo alcance de licencia incluye la capacidad de emitir diagnósticos.)

Puede ser usado para determinar su elegibilidad

- ☐ Copia de la tarjeta del Medicaid (si no es pertinente, indíquelo en la historia social)
- ☐ Formulario 1-2 Autorización para Proporcionar Información y Descargo de Responsabilidad
- ☐ Formulario 18 Requisito del Código ICD (para ser completado por un 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
PD Intake
288 N 1460 W
Salt Lake City, UT 84116

Fax: 801-538-4279

Email: dspd_physicaldisability_intake@utah.gov

Department *of* Health & Human Services | Services for People with Disabilities

Solicitud de determinación de derecho a servicios

Formulario 1-1 (PD)

Fecha de esta versión: Julio 2026

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

- 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: dspd_physicaldisability_intake@utah.gov
- Envíe por correo los formularios completados a 288 N 1460 W SLC, UT 84116.
- 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 ☐

Department *of* Health & Human Services | Services for People with Disabilities

Solicitud para el uso de servicios para discapacidades físicas

Parte A: A llenar por el solicitante

Formulario 3-1 PD

Fecha de esta versión: Julio 2026

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.

Introducción

Los servicios para discapacidades físicas solo se prestan a través del modelo de servicios auto administrados (SAS). El modelo SAS apoya a una persona con una discapacidad en la autodirección de los servicios de asistencia personal que recibe a través del programa de discapacidades físicas. Es importante entender:

A. Usted es el empleador. Usted es responsable de contratar y administrar a sus propios asistentes personales, lo que incluye la selección de empleados, la programación, el despido, las evaluaciones de desempeño, la organización de la cobertura de respaldo y el envío de fichas de labor. Hable con su coordinador de enfermería sobre el uso del Servicio de Preparación del Consumidor para obtener más información sobre las responsabilidades como empleador.

B. Usted capacitará a sus asistentes personales sobre cómo y cuándo necesita ayuda, los niveles cambiantes en las necesidades personales, los procedimientos de quejas, la cobertura de emergencia, la explotación y el abuso.

Información del solicitante

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mayores de 18 años: Sí ◯ No ◯

Dirección (con código postal): _____

Número de seguro social: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Para calificar para los servicios de discapacidades físicas, usted debe tener un impedimento físico que haya resultado en la pérdida funcional de dos o más extremidades. Describa su discapacidad:

_____

¿Su discapacidad es permanente? Sí ◯ No ◯ Fecha de inicio:

Si su discapacidad es temporal, ¿cuál es la duración esperada de la discapacidad?:

¿Tiene una tarjeta de Medicaid? Sí ◯ No ◯ Pendiente ◯

¿Cuál es su ingreso bruto mensual? $

¿Utiliza los servicios de asistente de salud en el hogar? Sí ◯ No ◯

En caso afirmativo, ¿cuántas visitas? por día o por semana

¿Tiene actualmente un asistente personal que no es de una agencia de atención médica en el hogar? Sí ◯ No ◯

En caso afirmativo, ¿cuántas visitas? por día o por semana

¿Cuál es el nombre de su asistente personal (si indicó que tiene uno)?

Seleccione todas las actividades de la vida diaria con las que necesita ayuda:

- ☐ Vestir
- ☐ Comer
- ☐ Traslados hacia o desde una bañera/ducha o vehículo
- ☐ Ventilador, Cuidado de catéteres, Succión
- ☐ Atención durante la noche
- ☐ Aseo personal
- ☐ Lavandería
- ☐ Cocina
- ☐ Compras

Describa sus expectativas de cómo este programa le ayudará:

Firma

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

Firma del solicitante: Fecha:

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

Correo: Division of Services for People with Disabilities
ATTN: PD Intake
288 N 1460 W
SLC, UT 84116

Correo electrónico: dspd_physicaldisability_intake@utah.gov

Fax: 801-538-4279

Department of Health & Human Services | Services for People with Disabilities

Solicitud para el uso de servicios para discapacidades físicas

Parte B: A completar por el médico

Formulario 3-1 PD

Fecha de esta versión: Julio 2026

Introducción

Su paciente está solicitando los servicios disponibles para discapacidades físicas a través de la División de Servicios para Personas con Discapacidades (DSPD, por sus siglas en inglés). Los servicios para discapacidades físicas se refieren a la atención práctica, tanto de servicios médicos (en la medida permitida por la ley estatal) como no médicos de naturaleza de apoyo, específicos para las necesidades de un adulto con una discapacidad física (asistencia con las actividades de la vida diaria y el cuidado personal). La información que proporcione ayudará al coordinador de enfermería del DSPD a tomar una determinación sobre la elegibilidad de su paciente para los servicios. Siéntase libre de entablar un diálogo abierto con su paciente mientras completa el formulario.

Información del médico

Nombre: Teléfono:

Dirección (con el código postal):

Información para el paciente

Nombre del paciente:

Código CIE 10: Definición:

El paciente se encuentra médicamente estable. ◯ Sí ◯ No

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

La pérdida funcional de dos o más extremidades por parte del paciente es permanente. ◯ Sí ◯ No

Pérdida funcional del paciente de dos o más extremidades se espera que dure al menos 12 meses. ◯ Sí ◯ No

Evaluación auto-administrada

Los servicios auto-administrados (SAS, por sus siglas en inglés) son un modelo de prestación

de servicios que ayuda a una persona con una discapacidad a auto-dirigir los servicios de asistencia personal que recibe a través del

Programa de Discapacidades Físicas. Los servicios para discapacidades físicas solo pueden prestarse a través de servicios auto-administrados.

Esto significa que, para ser elegible para los Servicios de Discapacidades Físicas, su paciente debe ser capaz de:

C. contratar, capacitar y supervisar a su(s) propio(s) asistente(s) personal(es);

D. determinar cómo y cuándo se prestan los servicios; e

E. instruir al asistente personal sobre cómo y cuándo se necesita ayuda.

Si tiene inquietudes sobre la capacidad de su paciente para completar estas tareas, indíquelas en la sección “Comentarios” a continuación. Esta evaluación tiene como objetivo identificar cualquier problema de preocupación o déficit que pueda interferir con la capacidad del paciente para dirigir por sí mismo los servicios de discapacidades físicas necesarios. Certifico que el paciente, con base en la evaluación anterior:

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

Comentarios

Incluya cualquier información adicional o inquietud.

Firma

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del médico: Fecha:

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

Correo: Division of Services for People with Disabilities
ATTN: PD Intake
288 N 1460 W
SLC, UT 84116

Fax: 801-538-4279

Correo electrónico: dspd_physicaldisability_intake@utah.gov

Department *of* Health & Human Services | Services for People with Disabilities

Autorización para dar información

Formulario 1-2 Fecha de esta versión: Julio, 2026

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
- ☐ Otro

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: _____

Department of Health & Human Services | Services for People with Disabilities

Solicitud de Código ICD-10

Formulario 18 Fecha de esta versión: Julio 2026

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:

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
288 N 1460 W
SLC, UT 84116

Fax: 801-538-4279

Correo electrónico: dspd_physicaldisability_intake@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:

Preguntas frecuentes

Incapacidades físicas (PD)

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 coordinador de enfermería 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 coordinador de enfermería le envía el paquete de admisión o comienza la ingesta a través de MySTEPS. Su coordinador de enfermería puede ayudarle a reunir documentos.

Question: What happens if I don't turn in all of the documents within 90 days?

Respuesta: DSPD cambia su caso a "inactivo" si no tenemos los documentos que necesitamos. Su coordinador de enfermería le enviará una carta que le dice que pasaron los 90 días. Comuníquese con su coordinador de enfermería para volver a 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.

F. 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.

G. 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.

H. Registros médicos

   i. El DSPD solo necesita registros e información relacionada con la discapacidad. No requerimos todos los registros que su médico tiene archivados.

I. Formulario 3-1 solicitud para discapacidad física

   i. La parte A la llena usted.

ii. Su médico completa la Parte B. (un profesional médico cuyo alcance de licencia incluye la capacidad de emitir diagnósticos).

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

i. El formulario 1-2 le permite a su coordinador de enfermería pedir su información médica y escolar protegida. Envíenos este formulario si quiere ayuda para reunir sus documentos. No podemos preguntarle a su escuela, médico o proveedor de servicios por su información protegida sin un formulario firmado. La forma 1-2 está incluida en el paquete de admisión. Comuníquese con su coordinador de enfermería si necesita otra copia del formulario.

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

K. Cuestionario de evaluación de las necesidades

i. El NAQ es una evaluación del DSPD que se realiza con su coordinador de enfermería. DSPD necesita revisar todos sus documentos antes de completar el NAQ. Su coordinador de enfermería 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 coordinador de enfermería 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 (NOAA). La NOAA 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 (NOAA). La NOAA le dice que usted no es elegible para 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 NOAA 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 coordinador de enfermería 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 (NOAA). La NOAA le dice que usted es elegible para los servicios. La NOAA 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 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. La financiación se ofrece a las personas con las necesidades más críticas, no por orden de solicitud. Comuníquese con su coordinador de enfermería 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 el 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 coordinador de enfermería 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 enfermero coordinador mirará todos sus documentos de elegibilidad. Es posible que necesite actualizar sus documentos. Actualización de su elegibilidad: Los documentos pueden parecerse mucho al proceso de admisión. Su coordinador de enfermería le dirá si el DSPD necesita nuevos documentos suyos. Informe a su coordinador de enfermería 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

L. Visite medicaid.utah.gov.

Información del Centro de Enfermería Especializada (SNF)

M. Visite
Medicaid for Long-Term Care and Medicaid Waiver Program

Información del DSPD

N. Visite dspd.utah.gov.

O. Comuníquese con su coordinador de enfermería.