

**For office use ONLY**

County receiving application:

Date received by county:

## Información sobre el solicitante

Apellido: (en letra molde)		Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal: (si es diferente)		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	
Idioma principal del solicitante:		Lugar de nacimiento:	Estado civil:	
Otros nombres usados: (nombre dado al nacer, apellido de soltera, apodos)				
Correo electrónico: (opcional)				

¿Es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos? (Residentes permanentes son las personas legalmente admitidas a los Estados Unidos para residir de forma permanente.)

Sí  No Fecha en que obtuvo la residencia permanente:

Etnia del solicitante: (opcional)  Hispano  No Hispano  Desconocido

Raza del solicitante: (opcional)  Asiático  Afroamericano  Negro  
 Nativo de Alaska  Indígena americano  Nativo de Hawaii  
 de las Islas del Pacifico  Blanco  Otra/desconocida

Motivo por el que solicita los servicios: (¿Qué servicios solicita?)

Persona que hace la derivación: (nombre)

Teléfono:

## Otros servicios para discapacidades del desarrollo

¿Alguna vez solicitó o recibió servicios de un programa para discapacidades del desarrollo dentro o fuera del Estado de Oregon?  Sí  No

Si respondió que sí, ¿en qué condado(s) de Oregon o en qué otro estado?

**Tutor**

**SI EL SOLICITANTE TIENE UN TUTOR LEGAL POR ORDEN JUDICIAL, DEBE PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN DE CUSTODIA LEGAL CUANDO PRESENTE LA SOLICITUD**

¿Tiene el solicitante un tutor legal por orden judicial?  Sí  No

Si respondió sí, dé el nombre, el domicilio y el número de teléfono:

Domicilio del tribunal:

**Otros contactos**

Nombres de los padres/tutores:	Teléfono de los padres/tutores:	Relación:
Domicilio de los padres/tutores:	Correo electrónico de los padres/tutores:	Relación:
Nombre del contacto de emergencia:	Teléfono del contacto de emergencia:	Relación:
Domicilio del contacto de emergencia:	Correo electrónico del contacto de emergencia:	Relación:

**Discapacidades (marque todo lo que corresponda)**

Discapacidad	Marque si corresponde	Describa brevemente el funcionamiento y el apoyo actuales, los diagnósticos específicos, etc.
Discapacidad intelectual/retraso mental	<input type="checkbox"/>	
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	
Trastornos del espectro autista	<input type="checkbox"/>	
Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	
Problemas motores	<input type="checkbox"/>	
Problemas de comunicación	<input type="checkbox"/>	
Problemas visuales	<input type="checkbox"/>	
Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	
Problemas mentales/emocionales/del comportamiento	<input type="checkbox"/>	

**Discapacidades (continuación)** (llene todo lo que corresponda)

Discapacidad	Marque si corresponde	Describa brevemente el funcionamiento y el apoyo actuales, los diagnósticos específicos, etc.
Traumatismo cerebral/lesión cerebral adquirida	<input type="checkbox"/>	
Exposición fetal a drogas, alcohol u otras toxinas	<input type="checkbox"/>	
Retraso en los hitos del desarrollo (explique)	<input type="checkbox"/>	
Otra discapacidad:	<input type="checkbox"/>	
Otra discapacidad:	<input type="checkbox"/>	

**Legal**

¿Tiene el solicitante antecedentes penales/en el tribunal de menores?  Sí  No

Estado/condado en el que cometió los delitos:

Delitos:

Nombre del contacto de libertad condicional/bajo palabra:

Teléfono:

**Antecedentes académicos** (¿Recibió el solicitante educación especial, como intervención temprana, un Programa de Educación Personalizado o IEP o un plan 504?)

Última escuela a la que asistió/escuela actual:

¿Recibió alguna vez servicios de educación especial?  Sí  No

¿Se graduó de la preparatoria?

Sí  No

Año de graduación o último grado completado:

Tipo de diploma que recibió  Regular  Modificado  GED  Certificado de culminación del curso  Ninguno

Escuela anterior: (si corresponde)

**Situación de vida actual** (por ejemplo, vive con su familia, solo, con amigos, en cuidado de crianza, en un hogar refugio o en un centro de salud.)

Describa la situación de vida actual:

**Situaciones en las que vivió anteriormente:** Antes de su situación de vida actual, ¿vivió en algún otro lugar fuera de su propio hogar o del hogar de su familia (por ejemplo, en cuidado de crianza, en un hogar refugio, en un centro de salud o internado en un centro de tratamiento)?  Sí  No

Si respondió que sí, describa:

**Recursos económicos** (referidos sólo al solicitante)

El solicitante, ¿está recibiendo o solicitó alguna vez recursos económicos? (SSI, SSDI, etc.)  
 Sí  No

Cantidad de SSI: \_\_\_\_\_ Cantidad de seguridad social: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

¿Es necesario derivar al solicitante a Seguridad Social para que solicite beneficios?  Sí  No

Nombre del representante que recibe los pagos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Seguro de salud (marque los que correspondan)**

Cobertura vigente:  Plan de Salud de Oregón N° \_\_\_\_\_ Compañía privada de seguro de salud:  
 No tiene  Medicare N° \_\_\_\_\_

¿Necesita el solicitante ayuda para solicitar Medicaid/Plan de Salud de Oregón? (Beneficios de comida, seguro de salud.)  Sí  No

**Otras agencias que brindan servicios:** Actuales y anteriores (por ejemplo, bienestar de niños, autosuficiencia, rehabilitación vocacional, salud mental).

Nombre de la agencia	Nombre del representante/ de la persona de contacto	Teléfono	Fechas en las que vio al proveedor

**Servicios médicos/dentales (médico de atención primaria, dentista y hospital que frecuenta).**

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital que frecuenta: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Especialistas médicos (por ejemplo, psicólogo, psiquiatra, neurólogo, pediatra especializado en desarrollo, entre otros.)**

Nombre y especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre y especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Otra información (por ejemplo, pruebas de coeficiente intelectual, evaluaciones de salud mental, médicas o genéticas, de rehabilitación vocacional, pruebas o evaluaciones médicas de seguridad social).**

¿Se hizo alguna prueba o evaluación especial en el pasado?  Sí  No  
Si respondió sí, ¿dónde se pueden conseguir los resultados?

Nombre de la agencia:	Persona de contacto: (si lo sabe)	Teléfono:
Nombre de la agencia:	Persona de contacto: (si lo sabe)	Teléfono:
<b>¿Alguna vez lo internaron en un hospital por problemas o tratamientos psiquiátricos o médicos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió sí, ¿dónde estuvo internado? Nombre y ciudad del hospital: <span style="float: right;">Teléfono:</span>		

**Aviso de determinación de elegibilidad**

Además de recibir una copia del aviso de determinación de elegibilidad por correo, ¿le gustaría ser notificado de alguna otra forma?  Sí  No Si respondió sí, explique:

Si desea que se envíe una copia de su determinación de elegibilidad a alguna otra persona además de usted, debe dar el nombre y el domicilio de esta persona en el espacio anterior. Para que se pueda dar esta información a cualquier otra persona además del solicitante o su tutor legal, debe haber una autorización para divulgación de información archivada en la oficina de discapacidades del desarrollo.

- El solicitante o su tutor legal solicitaron servicios voluntarios del Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo (CDDP).
- CDDP emitirá una determinación de elegibilidad dentro de 90 días de recibir esta solicitud.
- En ciertos casos CDDP se puede tomar hasta 90 días más para emitir la determinación, de común acuerdo entre ambas partes.
- Si la determinación de elegibilidad no es satisfactoria, puede solicitar una audiencia de impugnación del caso.
- Un abogado, un pariente, un amigo u otro representante del solicitante puede solicitar la audiencia.
- El plazo para solicitar la audiencia es de 45 días a partir de la fecha de notificación de la determinación de elegibilidad, según OAR 411-320-0175 .
- La solicitud de audiencia de impugnación del caso debe hacerse en el formulario 0443DD de DHS.

**Firmas:** Mediante mi firma al pie, declaro que la información proporcionada por mí o por otra persona es verdadera y correcta.

Firma del solicitante o de su tutor legal:

Fecha:

Nombre: (en letra molde)

Teléfono:

*El Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discrimina a nadie. Esto significa que DHS ayuda a todas las personas que tienen derecho a recibir sus servicios. DHS no negará ayuda a persona alguna por razones de edad, raza, color, nacionalidad de origen, sexo, orientación sexual, religión, creencias políticas o discapacidad. Puede presentar una queja si considera que DHS lo discriminó por alguna de estas razones. Para hacerlo, lea el formulario 9001 de DHS "Información sobre quejas de clientes" o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-800-537-7697.*