

**For CDDP office use only / Para uso exclusivo de la oficina de Programas Comunitarios de Discapacidades del Desarrollo (CDDP, por sus siglas en inglés)**

Date received	CDDP receiving form	<input type="checkbox"/> Initial application
		<input type="checkbox"/> Reapplication
Title XIX Medicaid (OSIPM or MAGI) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	OHP number or OHP referral date	Prime number

**Información del solicitante (en letra de molde)**

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Estado civil
Dirección actual	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta)	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico principal	Dirección de correo electrónico (opcional)		

**Contacto principal / Padre custodio / Tutor legal (de ser pertinente)**

Nombre	Relación (p.ej., padre custodio, tutor legal)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico principal	Dirección de correo electrónico (opcional)		
¿Tiene el solicitante un tutor legal que le haya asignado un tribunal?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre, dirección y número de teléfono del tutor legal asignado (indique si son los mismos indicados arriba)			
¿Tiene el solicitante un representante para fines médicos (healthcare representative)? ORS 127.505			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre, dirección y número telefónico del representante para fines médicos (indique si son los mismos indicados arriba)			

**Derivación a CDDP**

Nombre y cargo de la persona que derivó al solicitante

Número telefónico

¿Ha recibido o solicitado alguna vez el solicitante servicios de algún programa relacionado con discapacidades en Oregon o en otro Estado?

 Sí  No

Indique el condado de Oregon o el/los otro(s) Estado(s)

**Forma de comunicación que prefiere el solicitante (OAR 943-070-0040)**

¿En qué idioma desea que le hablemos?

¿En qué idioma desea que le escribamos?

¿Necesita un intérprete (de idiomas o de señas)?

 Sí  No

Otras necesidades en términos de comunicación

**Etnia del solicitante (OAR 943-070-0030)**

Etnia (Marque todas las casillas que correspondan)

 Hispano o latino Cubano Mexicano Puertorriqueño Centro o sudamericano Otro No de origen hispano No sabe Otro: Prefiere no contestar**Raza del solicitante (OAR 943-070-0030)**

Raza (Marque todas las casillas que correspondan)

 Indígena

estadounidense o de Alaska

 Indígena de Alaska Indígena norteamericano Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation) Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano Indígena norteamericano de otro tipo Asiático Indígena asiático Chino Filipino Hmong Japonés Coreano Laociano Sud asiático Vietnamita Asiático de otro tipo Blanco Europeo oriental Del oriente medio Nofrancico Eslavo Europeo occidental Blanco de otro tipo

Afroamericano o negro

Africano

Afroamericano

Caribeño

Negro de otro tipo

Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico

Guameño o chamorro

Indígena de Hawái

Samoano

Otras islas del Pacífico

Otro:

No sabe

Prefiere no contestar

## Discapacidades del desarrollo

Describa su discapacidad e indique la edad en que se observó por vez primera

## Discapacidad intelectual

Afecciones observadas o diagnosticadas

Discapacidad intelectual

Retraso generalizado del desarrollo

Hitos no cumplidos a tiempo

De habersele diagnosticado, indique el proveedor médico y la fecha

## Otra discapacidad del desarrollo

Afecciones observadas o diagnosticadas

Trastorno del espectro autista (Autism Spectrum Disorder o ASD)

Parálisis cerebral

Síndrome de Down

Epilepsia

Exposición prenatal a drogas, alcohol u otras toxinas

Síndrome de Tourette

Lesión cerebral adquirida o traumática

\_\_\_\_\_

De habersele diagnosticado, indique el proveedor médico y la fecha

## Otros padecimientos

Afecciones observadas o diagnosticadas	De habersele diagnosticado, indique el proveedor médico y la fecha
<input type="checkbox"/> Déficit de atención o déficit de atención con hiperactividad	
<input type="checkbox"/> Trastorno depresivo	
<input type="checkbox"/> Trastorno lingüístico	
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar o de la personalidad	
<input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático	
<input type="checkbox"/> Trastorno de aprendizaje específico	
<input type="checkbox"/> Trastorno relacionado con el consumo de drogas	
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____	

## Proveedores médicos:

Médico o clínica principal	Ubicación	Número telefónico
Dentista o clínica	Ubicación	Número telefónico
Hospital preferido	Ubicación	Número telefónico

## Evaluaciones del desarrollo

Indique los profesionales que han evaluado sus discapacidades. Incluya a psicólogos, neuropsicólogos, psiquiatras, neurólogos, pediatras del desarrollo, genetistas y proveedores de atención para la salud mental. Por ejemplo, indique los profesionales que le hayan practicado pruebas de coeficiente intelectual (IQ test), evaluaciones psicológicas, evaluaciones médicas o genéticas de su discapacidad o evaluaciones mentales.

Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación ( <i>indique la dirección si la sabe</i> )		Número telefónico
Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación ( <i>indique la dirección si la sabe</i> )		Número telefónico
Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación ( <i>indique la dirección si la sabe</i> )		Número telefónico

Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación ( <i>indique la dirección si la sabe</i> )		Número telefónico
¿Se le ha internado alguna vez en un centro u hospital para que reciba tratamiento psiquiátrico o médico?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha	Nombre y ubicación del centro u hospital	

**Otras agencias de servicios (a saber: Bienestar Infantil, Autosuficiencia, Rehabilitación Vocacional, Salud Mental)**

Fecha de inicio/finalización	Ubicación de la agencia/proveedor	Nombre de la persona-contacto
Fecha de inicio/finalización	Ubicación de la agencia/proveedor	Nombre de la persona-contacto
Fecha de inicio/finalización	Ubicación de la agencia/proveedor	Nombre de la persona-contacto

**Seguro médico**

Seguro médico del solicitante

<input type="checkbox"/> Seguro médico privado Compañía de seguros	<input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregon Núm. del OHP/Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare Núm. de plan
<input type="checkbox"/> No tengo un seguro médico actualmente		

La elegibilidad para recibir ciertos servicios para discapacidades del desarrollo depende de la elegibilidad para Medicaid. Si usted todavía no ha presentado la solicitud, hable con CDDP sobre cómo presentar la solicitud.

¿Ha solicitado asistencia médica?  Sí  No

**Fuentes de los ingresos personales del solicitante**

Ingresos personales del solicitante (marque todas las que correspondan; no incluya los demás ingresos de su unidad familiar)

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/> Fondo(s) fiduciario(s)	<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad, fuente particular
<input type="checkbox"/> Manutención infantil para el solicitante	<input type="checkbox"/> Asistencia con adopción o tutela
<input type="checkbox"/> Beneficios de veterano de guerra	<input type="checkbox"/> No tiene ingresos
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

## Seguro Social

Las personas con discapacidades podrían ser elegibles para uno de los dos programas federales para gente discapacitada: Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés). La Administración del Seguro Social (Social Security Administration o SSA) gestiona ambos programas.

¿Ha solicitado beneficios del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de solicitud
--	---	--------------------

¿Recibe actualmente beneficios del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio
---	---	-----------------

<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)	Cantidad
---	----------

<input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)	Cantidad
--	----------

¿Perdió alguna vez SSI debido a ingresos laborales, por recibir beneficios del Seguro Social de uno de los padres o por el aumento del subsidio por costo de vida (Cost of Living Allowance)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Si usted no ha solicitado beneficios de SSI/SSDI, puede informarse más acerca de los beneficios del Seguro Social en el [sitio Web del Seguro Social](#). Comuníquese con la oficina de [SSA local](#) para presentar la solicitud.

Los siguientes recursos podrían serle útiles:

- Comprendiendo el Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario: <https://www.socialsecurity.gov/espanol/comprendiendoSSI/index.htm>
- Cantidad de los pagos de SSI: <http://www.ssa.gov/oact/cola/SSI.html>

## Antecedentes educativos

Nombre de la escuela (centro de estudios) actual o de la última escuela a la que asistió	Fecha de inicio	Fecha de finalización
--	-----------------	-----------------------

Ciudad y estado
-----------------

Nombre de la escuela anterior	Fecha de inicio	Fecha de finalización
-------------------------------	-----------------	-----------------------

Ciudad y estado
-----------------

¿Recibió alguna vez servicios de educación especial en alguna escuela ( <i>p.ej., intervención temprana, un IEP [plan educativo individualizado] o un plan 504</i> )?	<input type="checkbox"/> Sí _____
---	-----------------------------------

¿Se graduó de la escuela secundaria (preparatoria)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

De ser así, ¿qué tipo de diploma recibió ( <i>o espera recibir</i> )?	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Desarrollo Educativo General (GED)
	<input type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Un certificado <input type="checkbox"/> No sabe

## Antecedentes legales

¿Tiene antecedentes penales como adulto o menor de edad?  Sí  No

Estado y condado del delito

Tipo de delito

Oficial de Libertad Condicional/Bajo Palabra

Número telefónico

Otra información:

## Ciudadanía y condición de no ciudadano

Los solicitantes tienen que presentar documentos satisfactorios que constaten su ciudadanía, su condición nacional como no ciudadanos o su condición de ciudadano no calificado según lo exigido por 42 CFR § 435.406, ORS 411.402 y 411.404 y OAR 411-320-0080.

Su solicitud no estará completa hasta que presente los documentos probatorios satisfactorios según lo definido en 42 CFR § 435.407. Las personas que declaren ciudadanía estadounidense y que pertenezcan a uno de los grupos siguientes están exentas de presentar constancias: las personas inscritas en Medicare; las personas que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario, las personas que reciben Seguro de Discapacidad del Seguro Social y las personas que se encuentren en crianza temporal y reciban asistencia bajo el Título IV-B o el Título IV-E de la Ley del Seguro Social.

¿Es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos de Norteamérica? De ser así, pase a la sección siguiente.  Sí  No

Si no es ciudadano, ¿en que fecha ingresó a los Estados Unidos de Norteamérica?

¿Es usted residente permanente legal (LRP, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de Norteamérica?  Sí  No

Si no es ciudadano o LRP, ¿cuál es su condición migratoria?

## Por qué necesitamos su número de Seguro Social

Las leyes federales, 42 USC 1320b-7(a)y(b), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 y 42 CFR 457.340(b), así como OAR 461-120-0210, exigen que los solicitantes proporcionen al DHS y a la OHA su SSN en la solicitud de beneficios médicos, salvo lo estipulado en OAR 461-120-0210.

El DHS y la OHA utilizarán su SSN para ayudar a decidir si usted es elegible para recibir beneficios. El DHS y la OHA podrían utilizar su SSN para comparar la información de su solicitud con los expedientes que se hayan proporcionado a los programas y agencias federales o de otros estados —o que hayan sido creados por los mismos—, tales como el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), Medicaid, el Seguro Social y el Departamento de Trabajo.

Asimismo, el DHS y la OHA podrían utilizar su SSN, a pedido de las agencias patrocinadoras, para elaborar datos o informes agregados sobre los programas a los que usted solicita y de los que recibe beneficios. En particular, el DHS y la OHA

podrían utilizar o divulgar su SSN para: administrar el programa al que usted solicita o del que recibe beneficios; llevar a cabo evaluaciones de la calidad y actividades para mejorarla; verificar la cantidad correcta de los pagos y desempeñar actividades comerciales con los proveedores; así como para recuperar beneficios que se hayan pagado en exceso.

### Notificación de la decisión respecto a la elegibilidad

Si desea que le envíen una copia del aviso de la decisión respecto a la elegibilidad de CDDP a otra persona que no sea usted, usted debe indicar el nombre y la dirección de tal persona. CDDP debe tener la autorización por escrito para poder divulgar información y enviar avisos a otra persona que no sea el solicitante mismo o su tutor legal.

Nombre	Relación con el solicitante ( <i>p.ej., tutor legal, representante</i> )		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

### Firma

Mediante mi firma a continuación, corroboro que la información contenida en la presente solicitud es veraz y correcta, ya sea que la haya proporcionado yo o mi representante. Asimismo, confirmo haber recibido y revisado el aviso de derechos que aparece en la página siguiente.

Firma	Fecha
-------	-------

Nombre en letra de molde

Relación:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Usted mismo ( <i>solicitante adulto</i> )        | <input type="checkbox"/> Tutor legal asignado por un tribunal a la persona adulta |
| <input type="checkbox"/> Padre custodio o tutor legal de un menor de edad | <input type="checkbox"/> _____  |

### Aviso de derechos

- Usted está solicitando servicios del sistema de discapacidades del desarrollo de Oregon. La participación es voluntaria y puede retirar esta solicitud en cualquier momento.
- El Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discrimina a nadie. El DHS atiende a cada uno de los solicitantes que califican para recibir servicios y no dará un trato distinto a ningún solicitante debido a su edad, raza, sexo, color, procedencia nacional, religión, convicciones políticas, discapacidad u orientación sexual. Si usted considera que el DHS le ha tratado injustamente, puede presentar una queja ante la Oficina de Defensoría del Gobernador (1-800-442-5238).



- CDDP y el DHS protegerán su información y sus expedientes en conformidad con las políticas de privacidad y seguridad del DHS, ORS 179.505 y ORS 179.507. CDDP necesita su autorización para pedir y entregar expedientes que estén relacionados con su discapacidad.
- El ingreso estará completo al firmar y entregar usted el presente formulario a CDDP y al firmar las autorizaciones para que CDDP pueda obtener expedientes que usted no le proporcione. CDDP colaborará con usted para preparar una solicitud de servicios en un plazo de 90 días. CDDP podría comunicarse con usted y pedirle una ampliación para la decisión pasados los 90 días si CDDP necesitase más documentos para tomar una decisión respecto a su elegibilidad. Si CDDP necesitase más información para determinar la existencia de una discapacidad del desarrollo, podría pedirle a usted que se someta a una evaluación diagnóstica en conformidad con ORS 410.060 y 427.105.
- CDDP debe recibir una solicitud terminada antes de tomar una decisión respecto a la elegibilidad. Una solicitud terminada incluye el presente formulario, así como documentos y expedientes que sean necesarios para poder tomar una decisión respecto a la elegibilidad. Cuando CDDP haya recibido todos los documentos relacionados con su discapacidad (según se describe en OAR 411-320-0080(1)), le enviará un aviso escrito con la decisión. Se define ingreso y solicitud terminada en OAR 411-320-0020.
- El aviso escrito de CDDP respecto a la decisión incluirá un aviso de derechos de audiencia. Si usted no está de acuerdo con la decisión de CDDP, puede solicitar una audiencia de caso disputado, según se describe en el Capítulo 183 de ORS y OAR 411-318-0025.
- Usted puede solicitar una audiencia de caso disputado llenando el Formulario de Solicitud de Audiencia Administrativa ([SDS 0443DD](#)), o bien solicitando verbalmente la audiencia a CDDP o a uno de los empleados del DHS. El DHS debe recibir la solicitud de audiencia dentro de los 90 días del aviso de la decisión respecto a la elegibilidad.
- Usted puede nombrar a otra persona, tal como un abogado o pariente, un amigo u otro portavoz, para que le represente o para que solicite una audiencia en su nombre. Usted puede indicar a su representante al momento de solicitar la audiencia.