



**Organización de discapacidades del desarrollo
del condado de Wyandotte**

701 N 7th, Room 346, Kansas City, KS 66101

PH: 913-573-5502 FAX 913-573-5511

Correo Electrónico: mfernandez@wycokck.org

SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

La información ofrecida en esta solicitud ayuda a determinar la elegibilidad del solicitante para recibir los servicios. Tal determinación se hará de acuerdo con la Política de Determinación de Elegibilidad de HCP/CDDO.

Información general

Nombre completo del solicitante: _____

Dirección actual: _____
Calle o n.º de casilla postal Ciudad Estado Cód. postal

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º del Seguro Social: _____ N.º de Medicaid: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Servicios solicitados

¿Qué tipo de servicios desea recibir? _____

Información de la discapacidad

¿Cómo describe su discapacidad (por ejemplo, retraso mental, convulsiones, parálisis cerebral, etc.)? _____

Con el fin de que la CDDO determine si cumple con los requisitos de elegibilidad, es posible que sea necesario solicitar información a partir de instalaciones de internación anteriores, personal médico, personal de salud mental, escuelas, etc.

Detalle a continuación información sobre internaciones, tratamientos, pruebas o evaluaciones:

	Fecha Admitido/a	Lugar y dirección
Hospitales	_____ _____	_____ _____
Médicos	_____ _____	_____ _____
Salud mental	_____	_____

Educación

Detalle la escuela o Cooperativa de educación especial a las que ha asistido.

Escuela: _____ Años de estudio: _____

Dirección: _____

Información de tutela

Marque todas las opciones que correspondan:

Usted (solicitante) está bajo la tutela del Estado.

Nombre del asistente social de SRS: _____

Dirección de la oficina de SRS: _____ Teléfono: _____

Nombre del asistente social de adopción/cuidado temporal: _____

Agencia: _____ Teléfono: _____

Usted (solicitante) tiene un tutor legal.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Información sobre recursos

Detalle todas las demás organizaciones de las cuales recibe servicios actualmente:

Escriba el nombre y dirección de cualquier persona que lo está ayudando con el proceso de solicitud:

Nombre: _____

Teléfono: _____ Vínculo: _____

Consentimiento y acuerdo

Entiendo que la información proporcionada por mí en este formulario se utilizará junto con la documentación de respaldo de modo que un profesional autorizado y/o médico determine mi elegibilidad para los servicios.

Entiendo que tengo el derecho de reconsideración y apelación de la decisión de determinación de elegibilidad tomada con respecto a mi solicitud ante la CDDO si estoy en desacuerdo con dicha decisión. Entiendo, además, que dicha solicitud debe hacerse por escrito como se indica en la carta de toma de decisión sobre la determinación de elegibilidad.

Entiendo que si estoy decidido a ser elegible, se prevé que informe cualquier cambio en mis circunstancias que afecten mi elegibilidad a la CDDO y que coopere en todas las nuevas determinaciones de mi elegibilidad.

Entiendo que si se determina que soy elegible para los servicios, la implementación del servicio real todavía depende de la presentación y compleción de toda la información, la disponibilidad de los servicios y la limitación fiscal.

Entiendo que mi elegibilidad se puede volver a determinar en cualquier momento. La CDDO no garantizará la continuidad de servicios a las personas cuando ya no se cuenten con fondos disponibles.

Certifico que toda la información incluida en este formulario es correcta, según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del representante legal

Fecha