### Logo  Description automatically generated **Departamento de Servicios Humanos**

#### **Organización de Discapacidades del Condado de Wyandotte**

**Lista de verificación de Determinación de Elegibilidad**

Para determinar la elegibilidad, los documentos que se enumeran a continuación deberán completarse y enviarse a WCDDO. Tiene 30 días después de la solicitud para presentar la documentación requerida. Después de los 30 días, su caso se cerrará y tendrá que reiniciar el proceso. Una vez que el CDDO reciba toda la documentación, el coordinador de admisión y elegibilidad enviará por correo una carta de determinación al solicitante.

Los documentos pueden enviarse por correo, fax o entregarse en mano a:

**WCDDO**701 North 7th St. Suite: 346
Kansas City, Kansas 66101
Fax: (913) 573-5511

**[ ]  Copia de la tarjeta de Seguro Social**

**[ ]  Copia del certificado de nacimiento**

**[ ]  Copia de los Documentos de Adopción (si corresponde)**

**[ ]  Copia de los documentos de tutela (si tiene un tutor)**

**[ ]  Copia de la tarjeta de Medicaid**

**[ ]  Formulario de responsabilidad civil de terceros y copia de la(s) tarjeta(s) de Seguro.**

**[ ]  Solicitud de elegibilidad– completada y firmada**

**[ ]  Liberaciones de información: esto le da permiso a CDDO para intercambiar información con profesionales, agencias y/o escuelas.**

**[ ]  Registros escolares que incluirán: IEP, evaluación psicológica escolar y primera infancia archivo.**

**[ ]  Registros de diagnóstico: Documentación de su diagnóstico según lo determinado por una licencia profesional, una evaluación psicológica, documentación de apoyo de la prueba / evaluaciones se utiliza para determinar el diagnóstico que cumple con los criterios para los servicios de I/DD.**

**[ ]  Página de recepción de políticas de privacidad - Completado y firmado.**

**Si no ha tenido una evaluación psicológica, no ha sido evaluado, tiene preguntas sobre**

**el proceso o necesita más información sobre qué documentos son necesarios para determinar**

**elegibilidad, comuníquese con nuestra oficina al (913) 573-5502.**

**Solicitud de Eligiblidad**

**Información General**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicaid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:­­­­­­­­­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información de Padre/Tutor**

Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente del de arriba): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Principal (Si es diferente del de arriba): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes Médicos**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad de inicio de la discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Antecedentes de convulsiones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evaluación del Hospital Médico (donde el solicitante fue diagnosticado con discapacidad): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Educación**

Nombre de la escuela actual o última a la que asistió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asistió a clases de Educación Especial: Sí No Fecha de Graduación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleo Actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleos Anteriores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento y Acuerdo**

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

Entiendo que tengo derecho a reconsiderar y apelar la decisión de determinación de elegibilidad tomada en mi solicitud con el CDDO si no estoy de acuerdo con dicha decisión. Además, entiendo que dicha solicitud debe hacerse por escrito como se describe en la carta de decisión de determinación de elegibilidad.

Entiendo que, si se determina que soy elegible, se espera que informe cualquier cambio en mis circunstancias que afecte mi elegibilidad al CDDO y que coopere en todas las predeterminaciones de mi elegibilidad.

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

I understand that my eligibility can be re-determined at any time. The CDDO will not guarantee a continuation of services to individuals when funding is no longer available.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante Fecha

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal Fecha

701 North 7th, St. Rm. 346 Teléfono:(913)573-5502

Kansas City, KS 66101 Fax: (913) 573-5511