



Oficina regional o de campo: _____ Teléfono.: _____
 Nombre del miembro de personal de APD: _____ Fecha de la solicitud: ___/___/____

1. Información sobre el solicitante

Nombre: _____ **Núm. de Seguro Social: *** _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Sufijo)

Dirección: _____ **Núm. de Medicaid:** _____
 _____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono alterno:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **Raza** (para propósito de datos solamente): Blanco; Afroamericano; Asiático;
 Amerindio o Nativo de Alaska; Otro

Etnicidad (para propósito de datos solamente): Estados Unidos de América; Camboya; Cuba; China; Haití; Laos;
 Méjico; Nicaragua; Polonia; Puerto Rico; Rusia; Vietnam; Otro País Hispano/Latino; Otro País Asiático;
 Otro País Extranjero

Diagnóstico primario de DD (debe seleccionar por lo menos uno): Autismo; Parálisis cerebral; Discapacidad intelectual;
 Síndrome de Prader-Willi; Espina bífida; Síndrome de Down; Síndrome de Phelan McDermid; O, Entre las edades de 3 y 5 años y con alto riesgo de desarrollar una discapacidad del desarrollo (si selecciona esta casilla, explique): _____

Diagnóstico secundario de DD: _____ **Diagnóstico de salud mental:** _____

¿Tiene usted un empleo que paga el salario mínimo o uno más alto? Sí No Si la respuesta es no, ¿le interesa obtener un empleo remunerado? Sí No

1.a. Información sobre el cuidador primario del solicitante

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Sufijo)

Teléfono: _____ **Teléfono alterno:** _____

Relación del cuidador primario con el solicitante: _____

¿Tiene el cuidador primario problemas de salud que le impiden continuar proporcionando el cuidado? Sí No Si la respuesta es sí, indique los problemas médicos: _____

¿Está el cuidador primario proporcionando también cuidado primario a un menor, una persona mayor u otra persona con una discapacidad? Sí No Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Le impiden las responsabilidades actuales del cuidador obtener un empleo? Sí No

Si el solicitante es un adulto (mayor de 18 años de edad), ¿ha sido el solicitante removido de su hogar familiar por Servicios de Protección de Adultos en los últimos 12 meses? (Independientemente del resultado de la investigación) Sí No

2. Miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas (si la respuesta es No a la primera pregunta, pase a la próxima sección)

¿Es el padre, madre o tutor legal del solicitante un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas? Sí No

Si la respuesta es sí, identifíquelo con su nombre: _____

¿Fue la familia transferida a FL como parte de la asignación militar? Sí No

Si la respuesta a lo anterior es sí, ¿recibió el solicitante servicios de exención en el hogar o la comunidad (home and community-based waiver services) en otro estado? Sí No



Si la respuesta a lo anterior es sí, indique los servicios recibidos: _____

¿Se mudó el solicitante a FL para estar más cerca de su familia mientras un padre o tutor legal está sirviendo en el exterior? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

Se adjunta una copia de la Tarjeta de Identificación de Servicios Uniformados del miembro. Sí No

3. Persona que ayuda al solicitante

Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial)

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono alterno: _____

Correo electrónico: _____ Idioma preferido del solicitante/tutor legal: _____

4. Servicios solicitados

Solicito servicios a través de la Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS Waiver). Sí No

O

Solicito servicios en un Centro de Cuidados Intermedio (ICF). Sí No

Solicito los siguientes servicios de la Agencia para Personas con Discapacidades:

5. Verificación de la identidad del solicitante (debe marcar uno) (debe ser llenado por el personal de APD):

Licencia de conducir/tarjeta de identificación de FL Pasaporte de EE.UU. Tarjeta de identificación militar o emitida por el gobierno con foto Certificado de Naturalización/Ciudadanía Identificación escolar con foto (solo se acepta para personas menores de 16 años)

6. Estado legal del solicitante (seleccione todas las opciones que correspondan) (debe ser llenado por el personal de APD):

- Entre las edades de 3 y 18 años y bajo la custodia legal de su(s) padre(s)
- Entre las edades de 3 y 18 años con un representante nombrado por el tribunal
- Entre las edades de 3 y 18 años y los padres han delegado la toma de decisiones bajo la Ley de Cuidado Familiar mediante un poder de representación o un poder de representación duradero escrito
- 18 años de edad o mayor y es su propio representante
- 18 años de edad o mayor y ha delegado por escrito la autoridad para tomar decisiones relacionadas con beneficios gubernamentales o decisiones médicas en otra persona usando un poder de representación o un poder de representación duradero
- 18 años de edad o mayor y un tribunal ha emitido cartas de tutela o de abogado tutor, nombrando a otro que no es el solicitante como la persona a cargo de tomar decisiones sobre beneficios gubernamentales o decisiones médicas

Nombre del tutor legal o abogado tutor, representante nombrado por el tribunal o persona delegada con autoridad para tomar decisiones (si corresponde): _____

Indique los tipos de documentos proporcionados como prueba del estado legal (si corresponde):



7. Cuidado Basado en la Comunidad (CBC) (si la respuesta a la primera pregunta es no, pase a la próxima sección) (debe ser llenado por el personal de APD):

¿Es este solicitante un beneficiario activo de servicios de Cuidado Basado en la Comunidad (CBC)/Bienestar de Menores? SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿recibe servicios fuera del hogar (cuidado de crianza)? SÍ NO

¿Recibe servicios en el hogar (supervisión de protección)? SÍ NO

8. Verificación de ciudadanía (debe marcar uno) (debe ser llenado por el personal de APD):

Para recibir servicios de APD, el solicitante y el padre o tutor legal (si corresponde) debe estar domiciliado en la Florida, y el solicitante debe ser ciudadano o extranjero residente de los EE.UU.

¿Es el solicitante ciudadano de los EE.UU.? SÍ NO

Lugar de nacimiento: Estados Unidos (¿En qué Estado?) _____ Otro (Nombre del país) _____

Si no es ciudadano de los EE.UU., debe proporcionar el estatus y el número de extranjero de USCIS (también debe llenar la página 6 de esta solicitud):

Residente permanente Otro: _____ Núm. de USCIS: _____

Tipo de documentación proporcionada como prueba de ciudadanía o estatus de extranjero:

Certificado de nacimiento de EE.UU. Pasaporte de EE.UU. Certificado de Naturalización/Ciudadanía

Tarjeta verde Formulario emitido por USCIS

9. Residencia:

¿Es la persona que solicita servicios un residente del estado de la Florida? SÍ NO

Si el solicitante es un menor, ¿está el padre o tutor legal domiciliado en la Florida? SÍ NO

¿Se ha reubicado el solicitante recientemente a la Florida? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, explique

Verificación de residencia (debe marcar uno) (debe ser llenado por el personal de APD):

Licencia de conducir/tarjeta de identificación de FL; Tarjeta de Inscripción de Votante; Declaración de Domicilio presentada ante el Tribunal; Factura de servicios públicos; Acuerdo de hipoteca o arrendamiento; Registro de empleo o escolar

10. Evaluaciones de elegibilidad:

¿Está de acuerdo usted en participar en las evaluaciones que podrían necesitarse para determinar si usted reúne los requisitos para recibir los servicios que proporciona APD?

SÍ NO

Evaluación que se necesita (debe ser llenado por el personal de APD):



<p>11. Determinación de elegibilidad para APD (debe ser llenado por el personal de APD):</p> <p>Elegible para APD: _____ Fecha: ___/___/___</p> <p>Categoría de elegibilidad: _____</p> <p>Fecha en que se determinó no elegible: ___/___/___</p> <p>Razón: _____</p>	<p>12. Información colateral o de apoyo o fuente de información sobre la discapacidad (debe ser llenado por el personal de APD): (cociente de inteligencia, expedientes médicos, expedientes escolares, etc.)</p>
<p>13. Determinación de elegibilidad para la exención (debe ser llenado por el personal de APD):</p> <p>Elegible para Exención (Waiver) de Medicaid: Fecha: ___/___/___</p> <p>Fecha en que se determinó no elegible: ___/___/___</p> <p>Razón: _____</p>	<p>14. Determinación de elegibilidad para ICF (debe ser llenado por el personal de APD):</p> <p>Elegible para ICF: Fecha: ___/___/___</p> <p>Fecha en que se determinó no elegible: ___/___/___</p> <p>Razón: _____</p>
<p>15. Al firmar esta solicitud, entiendo y reconozco que es mi responsabilidad mantener a la Agencia informada de cualquier cambio de dirección o de número de teléfono de manera que pueda ser contactado inmediatamente si la Agencia tiene alguna pregunta acerca de mi solicitud, o, si soy considerado elegible para recibir servicios, si los servicios están disponibles. No mantener a la Agencia informada sobre la manera en que puedo ser contactado puede resultar en que mi solicitud no se procese, o si se determina que califico para los servicios, que mi estatus de cliente activo se cierre. Además, si he sido agregado a la lista de espera de Medicaid HCBS Waiver, mi nombre será retirado de la lista. En caso de que la Agencia no pueda comunicarse conmigo por correo o por teléfono, autorizo a la Agencia a comunicarse con la siguiente persona, que no vive en mi domicilio:</p>	
<p>CONTACTO ALTERNO:</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Relación con el solicitante: _____ Correo electrónico: _____</p>	
<p>16. TODA LA INFORMACIÓN ANTES PROVISTA ES COMPLETA Y CORRECTA, A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.</p> <p>Firma del solicitante: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma del representante legal: _____ Fecha: _____</p> <p>Para solicitar beneficios gubernamentales o para tomar decisiones médicas</p> <p>Nombre en letra de imprenta del representante legal: _____ Relación: _____</p> <p>Firma de la persona que ayuda al solicitante (si corresponde): _____ Fecha: _____</p>	



17. Referidos (debe ser llenado por el personal de APD):			
A	Fecha	Contacto	Dirección/Teléfono

He recibido una copia de:

- La Carta de Derechos de Personas con Discapacidades del Desarrollo, sección 393.13 de las Leyes de la Florida.
- Folleto del Consejo de Cuidado Familiar
- Sirviendo a los Floridianos con Discapacidades del Desarrollo - folleto
- Guía para Audiencias Administrativas de la Agencia para Personas con Discapacidades - folleto
- Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

PUEDA SOLICITAR INSCRIBIRSE PARA VOTAR AQUÍ

Si no está inscrito para votar donde usted vive ahora, ¿desea inscribirse para votar aquí hoy? Marque SÍ si desea solicitar inscribirse para votar o para actualizar su información de inscripción de votante. Si marca la casilla NO o no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no solicitar inscribirse para votar o no actualizar su información de inscripción de votante. Marcar SÍ, NO, o dejar esta pregunta en blanco no afectará sus beneficios.

SÍ NO

AVISO DE DERECHOS

Ayuda: Podemos ayudarle si desea obtener ayuda para llenar su solicitud de inscripción de votante. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud de inscripción de votante de forma privada.

Beneficios: Si está solicitando asistencia pública de esta agencia, solicitar inscribirse o rehusar inscribirse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Privacidad: Su decisión de no inscribirse o no actualizar su registro y el lugar donde solicitó inscribirse o actualizar su registro de inscripción de votante es confidencial y solo podrá usarse para fines de inscripción de votante.

Queja formal: Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de privacidad para solicitar inscribirse o rehusar inscribirse para votar, su derecho de privacidad para decidir si desea solicitar inscribirse para votar, o su derecho de elegir su partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja a: Florida Secretary of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml>

* La ley federal exige recabar su número de seguro social como una condición de elegibilidad para los beneficios de Medicaid, conforme con el título 42 del Código de los Estados Unidos (U.S. Code, U.S.C.) sección 1320b-7, y la agencia solicitará, utilizará y revelará el número para propósitos administrativos como lo autoriza la ley.



INFORMACIÓN REQUERIDA PARA VERIFICACIÓN DE CIUDADANOS NO NACIDOS EN LOS EE.UU. E INMIGRANTES

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE EXTRANJERO/ USCIS/INS "A" seguido de números 7,8, o 9	NÚMERO DE TARJETA 3 letras seguidas de 10 números Ej. ABC0000000000	NÚMERO DE I-94 número de 11 dígitos Ej. 000 00000000	NÚMERO DE PASAPORTE 6 a 12 dígitos con caracteres alfanuméricos	FECHA DE VENCIMIENTO	PAÍS DE EMISIÓN	NÚMERO DE CERTIFICADO número de 8 dígitos Ej. 00 000 000	ID de SEVIS "N" seguido de número de 10 dígitos Ej. N0000000000	NOMBRE DEL DOCUMENTO
I-551 (Tarjeta de Residente Permanente)									
Certificado de Ciudadanía									
Certificado de Naturalización									
Pasaporte Extranjero No Vencido									
I-571 (Documento de Viaje de Refugiado)									
DS2019 (Certificado de Elegibilidad para Intercambio – Estatus de Visitante (J-1))									
I-20 (Certificado de Elegibilidad para No Inmigrante - Estatus de Estudiante (F-1))									
I-327 (Permiso de Reingreso)									
I-766 (Tarjeta de Autorización de Empleo)									
I-94 (Registro de Arribo/Partida)									
I-94 (Registro de Arribo/Partida) en Pasaporte Extranjero No Vencido									
Visa de Inmigrante Legible a Máquina (con Lenguaje I-551 Temporal)									
Sello I-551 Temporal (en pasaporte o I-94)									
Otro (seleccione si el documento no está listado)									