

Estado de Connecticut, Departamento de Servicios de Desarrollo
Solicitud de Elegibilidad Página 1 de 2

¿Qué servicios está solicitando?

1) Discapacidad Intelectual

2) Programa de Servicios del Espectro Autista

Solicitante (Persona con Necesidad de Servicios)

Nombre, Segundo Nombre y Apellidos: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fax: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Varón o Mujer _____ Dirección de correo electrónico: _____

Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____ Número de Medicaid: _____ Seguro Privado: Sí o No
(Adjuntar copia de la tarjeta de Medicaid)

Raza y/u Origen Étnico (marque todos los que aplican Y escriba más detalles en los espacios a continuación):

Indígena de las Américas o nativo de Alaska – Por ejemplo, Mashantucket Pequot, Mohegan, etc. _____

Asiático – Por ejemplo, Indio Asiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, etc. _____

Negro o Afroamericano – Por ejemplo, Africano, Afroamericano, Haitiano, Jamaiquino, etc. _____

Hispano o Latino/a/e – Por ejemplo, Dominicano, Mexicano, Puertorriqueño, etc. _____

Del Medio Oriente o Norte Africano – Por ejemplo, Árabe, Egipcio, Libanés, etc. _____

Nativo de Hawái u otra de las islas del Pacífico – Por ejemplo, Guameño o Chamorro, Samoano, etc. _____

Blanco – Por ejemplo, Europeo, Portugués, etc. _____

Alguna Otra Raza y/u Origen Étnico _____ Prefiero No Contestar

Leguaje Principal del Solicitante: _____ Ocupa Interprete

Leguaje Principal de los Padres/Tutor Legal/Curador: _____ Ocupa Interprete

Persona que Solicita los Servicios (Fuente de Remisión y Relación con el Solicitante)

Nombre, Segundo Nombre y Apellidos: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fax: _____

Organización/Relación: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Se han determinado Discapacidad Intelectual (anteriormente conocida como Retraso Mental) mediante evaluación? **SÍ o NO**

Si "Sí", dónde y cuándo _____

¿Se ha determinado Trastorno del Espectro Autista mediante evaluación? **SÍ o NO**

Si "Sí", dónde y cuándo _____

¿Ha nombrado el Tribunal de Sucesiones un tutor legal o curador para esta persona? **SÍ o NO**

Si "Sí", por favor adjunte una copia del Decreto y la información de contacto de la persona nombrada:

(Si el nombramiento es fuera del estado, por favor proporcione una copia del Decreto del estado de Connecticut; de lo contrario, el solicitante (mayor de 18 años) debe firmar la solicitud y el Formulario de la HIPPA).

Nombre, Segundo Nombre y Apellidos: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Solicitante (Mayor de 18 Años) o de unos de los Padres/Tutor Legal/Curador

Por favor, complete toda la información de este formulario y fírmelo antes de enviarlo a la Unidad de Elegibilidad.

No podemos procesar su solicitud sin la información necesaria.

No abroche los documentos que envía ya que los broches interfieren con nuestro proceso de escaneado electrónico. Por favor, use clips para papel, si fuera necesario.

Política de retención de registros: conforme a las Leyes Generales de Connecticut en su artículo 11-8 y 11-8a, el DDS retiene los registros que se usan en el proceso de determinación de elegibilidad durante diez (10) años a partir de la fecha de solicitud. **Conserve una copia** de todos los documentos presentados para sus propios registros.

Correo: DDS Eligibility Unit, 460 Capitol Ave., Hartford, CT 06106; **Fax:** (860) 622-2797; **Correo electrónico:** DDS.Eligibility@ct.gov; **Teléfono:** (866) 433-8192

