

Nombre: \_\_\_\_\_ Ciudad de residencia: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Los paquetes de solicitud que se reciban con todos los documentos requeridos que se indican a continuación se procesarán ni bien se reciban.*

**Paso 1** – Complete la solicitud de elegibilidad de dos páginas.

Firme las páginas uno y dos de la solicitud.

**Paso 2** – Incluya lo siguiente en el paquete de solicitud:

- Pruebas psicológicas y educativas realizadas hasta los diecisiete (17) años:** Estas pruebas generalmente pueden obtenerse en las escuelas, agencias o de psicólogos privados a solicitud. Para las personas que solicitan servicios para discapacitados intelectuales, se requieren evaluaciones psicológicas, que incluyen valoraciones cognitivas y de adaptación, antes de los dieciocho (18) años, conforme al Estatuto Estatal General de Connecticut 1-1g. Para las personas que solicitan un programa para trastorno del espectro autista, se requiere una prueba estandarizada de autismo antes de los veintiún (21) años.
  - **Pruebas de inteligencia/cognitivas:** las pruebas como la de Wechsler o Stanford-Binet evalúan la capacidad intelectual/cognitiva del solicitante y genera puntajes de coeficiente intelectual. Por favor, envíe las pruebas de coeficiente intelectual realizadas hasta los 17 años.
  - **Pruebas de capacidad de adaptación:** las pruebas como la de Vineland o el Sistema de Evaluación Conductual para Niños (BASC, por sus siglas en inglés) evalúan la capacidad del solicitante para realizar actividades diarias como vestirse, asearse, y las habilidades sociales. Por favor, envíe todas las pruebas de adaptación realizadas hasta los 17 años.
  - **Prueba de diagnóstico del autismo (si corresponde):** las pruebas como la Escala de Evaluación del Autismo de Gilliam (GARS, por sus siglas en inglés), la Escala de Evaluación del Autismo en la Niñez (CARS, por sus siglas en inglés) y la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS, por sus siglas en inglés) permiten diagnosticar un trastorno del espectro autista.
- Antecedentes médicos y última exploración física:** esto generalmente se puede solicitar a su médico de atención primaria. Por favor, incluya las evaluaciones psiquiátricas. Si el solicitante tiene un diagnóstico de síndrome de Prader-Willi, incluya una copia del informe del médico en el que diagnostica este trastorno.
- Formulario de aprobación de HIPAA:** el formulario debe estar completo y firmado por el solicitante, si es mayor de 18 años, o por el tutor legal del solicitante, si el solicitante es mayor de 18 años y tiene un tutor legal asignado por el Tribunal.
- Formularios de tutela o custodia:** proporcione un decreto de asignación de tutela o custodia del Tribunal testamentario, si corresponde. Si la designación se realizó fuera del estado, deberá proporcionar un decreto del Tribunal testamentario del estado de CT; de lo contrario, el solicitante (mayor de 18 años) deberá firmar la solicitud y el formulario de HIPAA.
- Prueba de residencia en CT:** puede incluir la licencia de conducir del solicitante o una ID con foto de CT que no sea una licencia de conducir, tarjeta de DSS Connect, formulario de impuestos, IEP, etc.
- Copia de lo siguiente:** certificado de nacimiento, tarjeta de Seguro Social, tarjeta del seguro de salud y tarjeta de Medicaid (si corresponde).
- Información educativa:** incluir los últimos tres (3) años de Programas Educativos Individualizados (IEP, por sus siglas en inglés), puntajes de las pruebas estandarizadas y evaluaciones trienales. Para los solicitantes menores de 3 años, por favor envíe una copia del Plan de Asistencia Familiar Individual (IFSP, por sus siglas en inglés).

**Paso 3** – Si le FALTA alguno de los documentos anteriores, deberá completar un formulario de **Divulgación de información** y ENVIÁRSELO a su médico, psicólogo, escuela o clínica para solicitar estos registros. **NO envíe los formularios de divulgación a DDS ya que DDS NO PUEDE enviar estos documentos por usted.**

Envíe la correspondencia de la siguiente manera:

**Correo postal:** DDS Eligibility Unit, 460 Capitol Avenue, Hartford, CT 06106; **Fax:** (860) 622-2797; **Correo electrónico:** DDS.Eligibility@ct.gov.

No abra los documentos que envía ya que los broches interfieren con nuestro proceso de escaneo 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.

**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

Opcional: Raza \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_  
(Adjuntar copia de la tarjeta de Medicaid)

**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 uno de los Padres/Tutor Legal/Curador

**Por favor, complete toda la información de este formulario y firmelo 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 escaneo 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



## HOJA DE INFORMACIÓN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

A fin de ser elegible para acceder a asistencia o servicios del Departamento de Servicios para el Desarrollo (DDS), una persona debe:

1. Ser residente del estado de Connecticut y
2. Tener una discapacidad intelectual según la definición del artículo 1-1g de las Leyes Generales de Connecticut (ver a continuación)

O BIEN

Tener un diagnóstico médico de Síndrome de Prader-Willi (PWS), un trastorno genético neuroconductual que debe realizar un médico.

Las personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista, pero sin una discapacidad intelectual, pueden ser elegibles para recibir servicios a través del Programa de trastornos del espectro autista. Haga clic en este enlace para obtener más información:

<http://www.ct.gov/dds/cwp/view.asp?a=2730&q=442840>.

### Discapacidad intelectual

#### Definición

Conforme al artículo 1-1g de las Leyes Generales de Connecticut, la discapacidad intelectual se define como una limitación importante de la función intelectual y deficiencias en la conducta de adaptación que se originan durante el período de desarrollo previo a los 18 años. La discapacidad intelectual se conocía como retardo mental en las Leyes de Connecticut y en muchas otras evaluaciones psicológicas y clínicas.

#### ¿Qué significa?

Que una persona tiene un puntaje de 69 o menos de coeficiente intelectual en escala completa según pruebas de inteligencia/cognitivas, y limitaciones importantes en la capacidad de adaptación que comenzaron durante el período de desarrollo antes de los 18 años.

#### ¿Qué pruebas necesito?

Para demostrar que una persona tiene una discapacidad intelectual, deberá presentar una copia de todas las pruebas de inteligencia/cognitivas y de las pruebas de capacidad de adaptación realizadas antes de los 18 años. Los puntajes de coeficiente intelectual a escala completa en las pruebas de inteligencia/cognitivas deben ser de 69 puntos o menos. Debe haber limitaciones importantes en la inteligencia y en las capacidades de adaptación a la vez, y estas deben haber existido antes de que la persona cumpla los 18 años.

#### ¿Dónde puedo realizar esas pruebas y quién puede realizarlas?

Puede realizar las pruebas para determinar la discapacidad intelectual en una clínica, hospital o en la escuela (si es menor de 21 años). El evaluador debe ser una persona especialmente capacitada en el rango de edad de la persona y haber recibido capacitación, tener experiencia y competencia en el diagnóstico de la discapacidad intelectual. Estas personas pueden incluir un psiquiatra, psicólogo, neurólogo, pediatra especializado en desarrollo, psicólogo escolar certificado o cualquier otro profesional debidamente capacitado con experiencia en esta área.

#### ¿Qué ocurre si me faltan documentos o estoy atravesando otras circunstancias especiales?

Si no puede obtener los documentos educativos o está atravesando otras circunstancias especiales, en el siguiente enlace encontrará más información. <http://www.ct.gov/dds/cwp/view.asp?a=2039&q=535386>.

#### ¿Qué ocurre si se determina que no soy elegible?

Si se determina que no es elegible, los motivos de la decisión se explicarán en la carta de notificación. También se incluirá un formulario para que presente a fin de solicitar una audiencia sobre la decisión de inelegibilidad. Puede enviar el formulario dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la determinación de inelegibilidad.

#### ¿Qué ocurre si se determina que soy elegible?

Una vez que se determina la elegibilidad, se le asignará una región del DDS para ayudarlo a acceder a servicios y recursos de apoyo. No obstante, la elegibilidad para los servicios no garantiza que las solicitudes de servicios se puedan cumplir de inmediato. Los servicios del Departamento de Servicios para el Desarrollo se proporcionan según la prioridad y las asignaciones disponibles. En el siguiente enlace encontrará la región asignada a su ciudad. <http://www.ct.gov/dds/cwp/view.asp?a=3&q=395462&ddsPNavCtr=#47125>.

**ESTADO DE CONNECTICUT**  
**Departamento de Servicios para el Desarrollo**

**Guía para documentos de elegibilidad faltantes**

**Si se han destruido registros educativos especiales, presente lo siguiente:**

- Certificado analítico de la escuela secundaria.
- Registros de discapacidad del Seguro Social. El beneficiario debe solicitar los registros.
- Registros de farmacia, dentales y médicos.
- Registros de empleo.

**Si se mudó a Connecticut desde otro estado, presente lo siguiente:**

- Copia de su contrato de alquiler o escritura.
- Para adultos, copia de la licencia de conducir de CT u otra identificación.
- Para niños, un IEP de una Junta de educación de CT.
- Registros del DDS del estado en el que vivió anteriormente el solicitante.

**Si no habla inglés o es bilingüe:**

- Los puntajes de coeficiente de inteligencia deben provenir de una prueba de inteligencia/cognitiva no verbal o
- Se debe evaluar a la persona con la versión en español de una prueba de inteligencia/cognitiva si el idioma principal de la persona es español.
- Si la persona es bilingüe, se debe determinar el nivel de conocimiento mediante una evaluación formal que compare el idioma principal y el secundario.

**Si tiene problemas de audición, presente lo siguiente:**

- Puntajes de coeficiente de inteligencia obtenidos mediante una prueba de inteligencia/cognitiva no verbal o
- Puntajes de coeficiente de inteligencia obtenidos en la sección de desempeño de una prueba de inteligencia/cognitiva.
- Una medición del idioma, que puede ser una prueba en lenguaje de señas o puntajes de evaluaciones de lectura, escritura y ortografía.

**Si tiene problemas en la vista, presente lo siguiente:**

- Resultados de la prueba de inteligencia Slosson, que incluye estímulo táctil para personas con dificultades visuales, u otra prueba similar.

**Si la asistencia a la escuela ha sido limitada o no se ha asistido a la escuela, presente lo siguiente:**

- Resultados de una prueba de inteligencia/cognitiva no verbal.



**Acknowledgement Form For HIPAA  
Individual and Family Fact Sheet  
HIPAA: Health Insurance Portability Accountability Act of 1996**

I have been provided an *Individual and Family Fact Sheet HIPAA: Health Insurance Portability Accountability Act of 1996* that describes how information is used by the Department to provide services. This notice also includes a description of my rights regarding protected health information.

I understand DDS reserves the right to change their practices and notice. Prior to implementation of these changes a new notice will be available to me.

I understand I may be requested to sign specific *authorization* for uses and disclosures of my health information, which are not addressed in the notice.

**Formulario de Reconocimiento  
HIPAA individual y la Hoja de familia: Ley de Seguro de Salud de Portabilidad Accountability de 1996**

Se me ha brindado una *HIPAA individual y la Hoja de familia: Ley de Seguro de Salud de Portabilidad Accountability de 1996*, que describe cómo usa la información el Departamento para brindar servicios. Esta notificación incluye también una descripción de mis derechos con relación a la información protegida sobre la salud.

Entiendo que el DDS se reserva el derecho a cambiar sus prácticas y notificación, y que antes de la implementación de estos cambios tendré a mi disposición una nueva notificación.

Entiendo que se me podrá pedir que firme una *autorización* específica para los usos y divulgaciones de la información sobre mi salud, que no se tratan en la notificación.

\_\_\_\_\_  
Signature of Individual or Legal Representative  
Firma de la persona o representante legal

\_\_\_\_\_  
Date  
Fecha

Effective Date of Notice: April 14, 2003 [Día de vigencia de la notificación: 14 de abril de 2003]

\* Please explain relationship to individual/\* Por favor explique su relación con la persona

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



## Estado de Connecticut Departamento de Servicios de Desarrollo Autorización para la divulgación de información

**El DDS NO PUEDE enviar este formulario por usted. Usted mismo lo ha de enviar. Rellene este formulario completamente. NO ENVIE ESTE FORMULARIO AL DDS. USTED HA DE ENVIAR una copia a cada médico, agencia, escuela, etc. a quien está pidiendo expedientes. Ellos enviarán la información al DDS.**

### Información del solicitante

Apellido _____	Nombre _____	Segundo nombre _____
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Teléfono de la casa _____	Fecha de nacimiento _____	

### Organización (Agencia o empresa que tiene los documentos solicitados)

Nombre de la organización _____		
Persona de contacto o cargo _____		
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Teléfono _____	Correo electrónico _____	

**Información solicitada (Marque todas las casillas que correspondan antes de firmar la autorización)**  
**Para determinar la elegibilidad del solicitante se requiere toda la información que tenga la agencia desde la fecha más temprana hasta la más reciente.**

<input type="checkbox"/>	Registros académicos	Últimos 3 años de registros educativos, incluyendo Planes Individuales de la Educación (EIP), resultados de pruebas estandarizadas, IQ y evaluaciones trienales.
<input type="checkbox"/>	Registros médicos	La mayoría de los informes físicos y las recientes médicas o psiquiátricas que proporcionan información sobre el funcionamiento intelectual y adaptativo durante el periodo del desarrollo (desde el nacimiento hasta el 17).
<input type="checkbox"/>	Registros psicológicos	Reportes de psicología con el coeficiente intelectual (IQ), y resultados de las pruebas de adaptación.
<input type="checkbox"/>	Registros Vocacionales	
<input type="checkbox"/>	Historial del desarrollo	
<input type="checkbox"/>	Registros psiquiátricos	

Entiendo que esta autorización se caducará una vez la información se haya compartido con el DDS o al año de firmar la misma. Entiendo que puedo revocar dicha autorización en cualquier momento. Entiendo que cualquier acción tomada conforme a la autorización antes de la fecha de rescisión es vinculante a los efectos legales. Las instrucciones de cómo cancelar dicha autorización están incluidas en las Políticas de Privacidad de la Sanidad de la ante-nombrada agencia, También entiendo que puedo pedir una copia de las Normas de Abuso de Información Confidencial del estado de Connecticut gobernando la infección por VIH, SIDA o condiciones relacionadas al SIDA, el destinatario de la información no puede divulgar dicha información sin autorización directa salvo cuando esté permitido por las leyes estatales o federales. Entiendo que si mi expediente contiene información referente a la infección por VIH, SIDA, condiciones relacionadas al SIDA, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, la presente divulgación incluirá dicha información. Es más, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

\*Entiendo que la confidencialidad de los expedientes psicológicos o psiquiatras es requerida conforme al capítulo 899 de los estatutos generales de Connecticut. Esta información no será enviada a persona alguna sin autorización por escrito o cualquier otra autorización descrita en los antemencionados estatutos.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o padre/tutor\*

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante o padre/tutor en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Relación al solicitante

Para determinar la elegibilidad del solicitante en recibir servicios del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), autorizo a la agencia nombrada que divulga la información solicitada a continuación a:

Department of Developmental Services - Eligibility Unit  
460 Capitol Avenue  
Hartford, CT 06106  
Fax: (860) 622-2797 Toll Free (866) 433-8192  
Agency Website: [ct.gov/dds](http://ct.gov/dds)