

Formulario de transmisión para la determinación de la discapacidad del desarrollo

Se requiere prueba de discapacidad de desarrollo calificada de una persona para determinar la elegibilidad para los servicios de OPWDD. Complete este formulario y envíelo a la Oficina Regional de Discapacidades del Desarrollo de su localidad. (Ver Instrucciones en la página 2)

ADJUNTAR: Copias de los registros que evidencian una discapacidad antes de los 22 años Contacte con su DDRO local si necesita ayuda para completar este formulario. **Escriba o imprima una copia legible.** Un * indica la información requerida.

*Sección 1. Información

* Nombre:		ID de TABS (si se conoce):		*SSN:	
*Fecha de nacimiento:	Medicaid:	* País de residencia:	* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X		
*Dirección:		Dirección postal (si distinta):			
*Ciudad:	*Estado:	*Zip:	Ciudad:	Estado:	Zip:
*Teléfono:		*También conocido como:			

* Enviar información a (marque tantas como desee):

1. Mi casa
2. Dirección postal
3. Padre/Defensor1 (complete la Sección 2 P/A1 Nombre y dirección)
4. Padre/Defensor2 (complete la Sección 2 P/A1 Nombre y dirección)
5. Coordinador PASRR

Nota: No marque 3 o 4 si el Defensor es la Agencia enumerada en la Sección 3.

Sección 2: Padres o defensores involucrados: — use la dirección donde se recibe el correo. Opcional a menos que se marquen 3 o 4 arriba.

Nombre P/D1:			Nombre P/D2:		
Dirección:			Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Zip:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Teléfono:	País:		Teléfono:	País:	

Sección 3: Información de la agencia de referencia (si corresponde) – Recibe automáticamente la información si se completa.

Nombre de la agencia:			
Código de la agencia (si se conoce):		Dirección:	
Contacto de agencia:			
Teléfono:	Ciudad:	Estado:	Zip:

*** Sección 4: Verifique los servicios que desea recibir si se determina que es elegible**

<input type="checkbox"/> 1. Determinación de discapacidad del desarrollo - No se solicitan servicios en este momento	<input type="checkbox"/> 2. Servicios de apoyo individualizados (ISS)	<input type="checkbox"/> 3. Centro de relevo
<input type="checkbox"/> 4. Habilitación residencial (IRA)	<input type="checkbox"/> 5. Habilitación comunitaria	<input type="checkbox"/> 6. Centro de Atención Intermedia (ICF)
<input type="checkbox"/> 7. Habilitación diurna	<input type="checkbox"/> 8. Tratamiento diurno	
<input type="checkbox"/> 9. Servicios preprofesionales	<input type="checkbox"/> 10. Trabajo apoyado (SEMP)	<input type="checkbox"/> 11. Cuidados en casa
<input type="checkbox"/> 12. FET - Educación y capacitación familiar		
<input type="checkbox"/> 13. CSS - Apoyos y servicios consolidados	<input type="checkbox"/> 14. Gestión de casos, por ejemplo, MSC	<input type="checkbox"/> 15. Modificaciones ambientales/Dispositivos adaptativos
<input type="checkbox"/> 16. Art. 16 Clínica		
Servicios de apoyo familiar:		
<input type="checkbox"/> 17. Relevo	<input type="checkbox"/> 18. Otros apoyos familiares	<input type="checkbox"/> 19. Evaluación PASRR Nivel II
<input type="checkbox"/> 20. Otro (especifique):		

*Completado por (Nombre):

*Fecha:

*Completado por: 1. Yo 2. Padre/Defensor 3. Agencia 4. Coordinador

Lo siguiente debe ser completado solo por personal de DDRO:

Fecha de recepción por DDRO:		Nombre del personal de admisión:	
ID de TABS de la persona:	Fecha ingresada en TABS:	Por (iniciales):	

Instrucciones para completar el formulario de transmisión

Instrucciones generales:

Complete este formulario y envíelo a su DDRO local con copias de los registros. Se deben adjuntar copias de los registros que prueben la discapacidad antes de los 22 años a la transmisión. Se utilizarán para la revisión de elegibilidad de la OPWDD. Si tiene preguntas sobre los tipos de registros necesarios para la elegibilidad, consulte Datos importantes de ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS de OPWDD. La hoja de datos se encuentra en el sitio web de **OPWDD** opwdd.ny.gov o en su DDRO local.

Instrucciones detalladas:

Este formulario de transmisión puede ser completado por la persona que quiere saber si es elegible para servicios de la OPWDD, sus padres o defensores, o una persona de la agencia que le esté ayudando.

Sección 1: Información de la persona

Nombre: Nombre legal de la persona; apellido, nombre e inicial del segundo nombre
ID de TABS: Número de identificación TABS de la persona, si no está registrado, deje en blanco el
SS: número de seguro social de 9 dígitos
Fecha de nacimiento: Fecha de nacimiento de la persona, en formato de mes, día y año (MM/DD/AAAA). (por ej, 04/03/1998)
Medicaid: Número de Medicaid de la persona.
País de residencia: Condado de residencia del individuo (por ejemplo, Kings, Essex)
Género: Marque la casilla M para un niño/hombre o la casilla F niña/mujer o X para un género que no sea masculino o femenino
Domicilio actual de la persona
Dirección postal: Incluya calle/avenida, número de apartamento, ciudad/pueblo, estado y zip. La dirección donde la persona recibe el correo, si es diferente del domicilio.
Teléfono: Número de teléfono de la persona, incluido el código de área.
También: Enumere todos los nombres (que no sean nombres legales) por los que se conoce a la persona. Incluya apodos, apellido de soltera, etc.
Enviar información: Coloque una X junto al cuadro que indica dónde se debe enviar la información sobre la decisión de elegibilidad. **Si un padre o defensor (que no sea la Agencia en la Sección 3) debe recibir información de la DDRO, marque la casilla 3 o 4 y complete las partes de Padre/Defensor de la Sección 2.** Cualquier agencia en la Sección 3 recibirá automáticamente información sobre la determinación de elegibilidad.

Sección 2: Padres o defensores involucrados – Esta sección es opcional a menos que se marque la casilla 3 o 4 de

Enviar información a. Si solo se necesita un padre/defensor, use el nombre y la dirección de P/D1.

Nombre: Nombre del padre o defensor: apellido, nombre e inicial del segundo
Dirección: nombre. Dirección actual del hogar del padre o defensor
Dirección postal: Incluya calle/avenida, número de apartamento, ciudad/pueblo, estado y zip.
Teléfono: Dirección donde el padre o defensor *recibe el correo*, si es diferente de la dirección de la casa. Incluya apartado postal o calle/avenida, número de apt, ciudad/pueblo, estado y zip.
Teléfono: Número de teléfono del padre o defensor, incluido el código de área.

Sección 3: Información de la agencia remitente (si corresponde)

Código de agencia: Código de agencia de la OPWDD, si se conoce
Contrato de agencia: Nombre de la persona de la agencia con la contactar sobre la determinación de elegibilidad
Dirección: Rellene la dirección donde el contacto de la agencia recibe el correo. Incluya apartado postal o dirección zip
Teléfono: Número de teléfono del contacto de la agencia, incluido código de área y cualquier extensión.

Sección 4: Coloque una X en la casilla 1 para determinar la discapacidad del desarrollo. O coloque una X en la casilla junto a cada servicio que la persona está interesada en recibir SI se determina que es elegible para los servicios de OPWDD.

NOTA: La transmisión no ES una solicitud de servicios.

Completado IMPRIMA legalmente el nombre de la persona que completó el formulario y la fecha en que se completó.
Formulario completado por: Ponga una **X** en la casilla para indicar quién lo completó (la persona/YO, el padre/defensor, el personal de la agencia o el coordinador de PASRR)

***Envíe el formulario completado y los registros requeridos a su DDRO local**