

TÍTULO: CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD DEL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ICF/ID O UN ICF/ORC

This application is from the Department of Human Services, Office of Developmental Programs. If you need language assistance, free of charge, please call 1-888-565-9435.

本申請来自发展计划办公室公共事业部。如果您需要语言帮助, 请拨打免费电话 1-888-565-9435。

Esta solicitud es de la Oficina de Programas para el Desarrollo del Departamento de Servicios Humanos. Si necesita ayuda gratuita con el idioma, por favor llame al 1-888-565-9435.

ពាក្យសុំនេះមកពីក្រុមស្នងសេវាមុខរបរដ្ឋប្រចាំកិច្ចការសម្រាប់អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈមនុស្ស។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទទូលេខ 1-888-565-9435 ។

Настоящее заявление направлено из Отдела программ для лиц с пороками развития Департамента социального обеспечения. Если вам требуется бесплатная помощь переводчика, обращайтесь по телефону 1-888-565-9435.

Đơn xin này từ Bộ Dịch Vụ Nhân Sinh, Văn Phòng Chương Trình Phát Triển. Nếu quý vị cần trợ giúp ngôn ngữ miễn phí, xin vui lòng gọi 1-888-565-9435.

FUENTE DE FINANCIACIÓN: PROGRAMA DE EXENCIÓN PARA SERVICIOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD (HCBS) CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS (ICF)

I. FINALIDAD: LA FINALIDAD DE ESTE FORMULARIO ES CERTIFICAR QUE LA PERSONA INDICADA ABAJO NECESITA EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS PARA PACIENTES CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES (ICF/ID) O EN UN CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS PARA PACIENTES CON OTRAS AFECCIONES RELACIONADAS (ICF/ORC) A FIN DE ESTABLECER SI REÚNE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR SERVICIOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD FINANCIADOS POR EL PROGRAMA DE EXENCIÓN INTEGRADA, POR EL PROGRAMA DE EXENCIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA PERSONAS Y FAMILIAS, POR EL PROGRAMA DE EXENCIÓN DE SERVICIOS EN LA COMUNIDAD O POR EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE APOYO PARA PERSONAS QUE NECESITAN EL TIPO DE ATENCIÓN DE ICF/ORC O PARA LA ADMISIÓN A UNA INSTALACIÓN ICF/ID O ICF/ORC.

NOMBRE DE LA PERSONA: _____

DIRECCIÓN ACTUAL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: (MM/DD/YYYY) MCI #: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: () _____

II. CERTIFICACIÓN DEL ESPECIALISTA EN DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (QDDP). (COMPLETE LA SECCIÓN A SI LA PERSONA REÚNE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ICF/ID O EN UN ICF/ORC O LA SECCIÓN B SI NO LOS REÚNE. SELECCIONE "ICF/ID" O "ICF/ORC" AL COMPLETAR LA SECCIÓN A.1. O LA SECCIÓN B).

A. CERTIFICO QUE ESTA PERSONA:

1. REALIZÓ TODAS LAS EVALUACIONES ESTANDARIZADAS Y LOS EXÁMENES PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y MÉDICOS REQUERIDOS PARA DETERMINAR SI NECESITA EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ICF/ID O EN UN ICF/ORC CONFORME A LOS CRITERIOS QUE ESTABLECE LA OFICINA DE PROGRAMAS PARA EL DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

y

2. SE BENEFICIARÁ CON LA IMPLEMENTACIÓN CONSTANTE DE UN PROGRAMA ESPECIALIZADO Y GENÉRICO DE INSTRUCCIÓN, TRATAMIENTO Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y SIMILARES QUE TENGA POR OBJETIVO AYUDAR A LA PERSONA A DESENVOLVERSE CON LA MAYOR AUTODETERMINACIÓN E INDEPENDENCIA POSIBLES.

_____ FIRMA DEL QDDP _____ FECHA _____
()
_____ DIRECCIÓN _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

B. CERTIFICO QUE ESTA PERSONA NO NECESITA EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ICF/ID O EN UN ICF/ORC SEGÚN LOS CRITERIOS QUE ESTABLECE LA OFICINA DE PROGRAMAS PARA EL DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS.

_____ FIRMA DEL QDDP _____ FECHA _____
()
_____ DIRECCIÓN _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

III. CONCURRENCIA DEL DELEGADO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS QUE ES EL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDADES INTELECTUALES (MH/ID) O LA ENTIDAD ADMINISTRATIVA DEL CONDADO.

EL PROGRAMA MH/ID O LA ENTIDAD ADMINISTRATIVA DEL CONDADO COINCIDE CON LA DETERMINACIÓN DEL QDDP DE QUE LA PERSONA NECESITA EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ICF.

_____ FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA DE MH/ID O LA ENTIDAD ADMINISTRATIVA DEL CONDADO _____ FECHA _____

EL PROGRAMA MH/ID O LA ENTIDAD ADMINISTRATIVA DEL CONDADO NO COINCIDE CON LA DETERMINACIÓN DEL QDDP DE QUE LA PERSONA NECESITA EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ICF.

_____ FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA DE MH/ID O LA ENTIDAD ADMINISTRATIVA DEL CONDADO _____ FECHA _____
()
_____ DIRECCIÓN _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____