

TÍTULO: RECERTIFICACIÓN ANUAL 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.

本申請來自發展計劃辦公室公共事業部。如果您需要語言幫助，請撥打免費電話 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.

ពាក្យសុំនេះមកពីក្រសួងសេវាមនុស្សពិការភ្នែកដើម្បីបំពេញការងារប្រចាំឆ្នាំ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទទូល 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 QUE RECIBE 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 UN ICF/ORC, O QUE RECIBE SERVICIOS 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) SIGUE REUNIENDO LOS REQUISITOS PARA RECIBIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ICF/ID O EN UN ICF/ORC CONFORME A LOS REQUISITOS ESTATALES Y FEDERALES.

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)

EL ESPECIALISTA EN DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO QUE SE INDICA ABAJO REALIZÓ LA REEVALUACIÓN ANUAL PARA DETERMINAR SI LA PERSONA EN CUESTIÓN NECESITA EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ICF/ID O EN UN ICF/ORC EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE REEVALUACIÓN DE LA EXENCIÓN Y DE LA EVALUACIÓN DE LOS BENEFICIOS QUE LA PERSONA RECIBE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA Y SERVICIOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD O DE SU PERMANENCIA EN UN ICF/ID O EN UN ICF/ORC. LA SECCIÓN A SE DEBE COMPLETAR SI LA PERSONA SIGUE REUNIENDO LOS REQUISITOS PARA RECIBIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ICF/ID O EN UN ICF/ORC. LA SECCIÓN B SE DEBE COMPLETAR SI LA PERSONA NO REÚNE LOS REQUISITOS.

A. YO, EL ESPECIALISTA EN DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO, CERTIFICO QUE ESTA PERSONA SIGUE REUNIENDO LOS REQUISITOS PARA RECIBIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ☐ **ICF/ID** O EN UN ☐ **ICF/ORC**. (SELECCIONE "ICF/ID" O "ICF/ORC").

FIRMA DEL QDDP

FECHA

()

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

B. YO, EL ESPECIALISTA EN DISCAPACIDADES INTELECTUALES, CERTIFICO QUE ESTA PERSONA YA NO REÚNE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN UN ☐ **ICF/ID** O EN UN ☐ **ICF/ORC**. (SELECCIONE "ICF/ID" O "ICF/ORC").

FIRMA DEL QDDP

FECHA

()

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

III. DETERMINACIÓN DEL TIPO DE ATENCIÓN

ESTA SECCIÓN LA DEBE FIRMAR EL DELEGADO DEL DEPARTAMENTO QUE ES EL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDADES INTELECTUALES (MH/ID) O LA ENTIDAD ADMINISTRATIVA DEL CONDADO.

A. 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

B. 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