

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.

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

ពាក្យដាក់សុំនេះចេញពីក្រសួងសាធារណៈដីលំ្អើ ការិយាល័យទទួលបន្ទុកលើកយុទ្ធសាស្ត្របណ្តុះបណ្តាល។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនបាច់ចេញលុយ សូមទូរស័ព្ទមក 1-888-565-9435។

这是公共福利部发展计划办公室提供的申请书。你如果需要语言方面的免费协助，请致电 1-888-565-9435。

Настоящее заявление – от Бюро программ развития Отдела социального обеспечения (Department of Human Services). Если вам нужна помощь переводчика, звоните по телефону 1-888-565-9435 (бесплатно).

Mẫu đơn này là của Sở Trợ Cấp Phúc Lợi Công Cộng, Văn Phòng Phát Triển các Chương Trình. Nếu quý vị muốn được trợ giúp về ngôn ngữ, miễn phí, xin gọi số 1-888-565-9435.

FORMULARIO DE SOLICITUD Y PREFERENCIAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD O ICF/ID

I. DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

I, _____, have been informed of the following:
(NOMBRE DEL INDIVIDUO)

- Que es probable que necesite el nivel de cuidado proporcionado en un centro de cuidado intermedio para personas con una discapacidad intelectual (ICF/ID). **Entiendo que esto se basa en una determinación preliminar de elegibilidad para el cuidado a nivel ICF/ID y que la determinación estará sujeta a revisión formal.**
- Sobre los posibles servicios en el hogar y la comunidad como alternativas a los servicios proporcionados en un centro ICF/ID.
- Sobre mi derecho de indicar si prefiero los servicios en el hogar y la comunidad financiados por la Exención en lugar de los servicios proporcionados en un centro ICF/ID y sobre mis derechos a una audiencia imparcial ante la Oficina de Audiencias y Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos.

Al declarar mi preferencia de servicios en el hogar y la comunidad financiados bajo la Exención o ICF/ID, yo, _____, entiendo lo siguiente:
(NOMBRE DEL INDIVIDUO)

- Que tengo que cumplir con los requisitos del Departamento de Servicios Humanos para recibir los servicios financiados por la Exención o ICF/ID.
- Que no se me otorgará una audiencia imparcial y apelación si apelo cambios causados únicamente por alguna ley, regulación o norma estatal o federal que requiere un cambio en el tipo de servicios disponibles.
- Que el llenar el formulario de preferencias de prestación de servicios no es garantía de los servicios. La disponibilidad de fondos estatales y federales controlan los recursos asignados para personas a las que se proporcionan servicios en virtud de la Exención.

II. DESIGNACIÓN DE PREFERENCIA DE SERVICIOS

Mi preferencia de servicios es: (iniciales o marca del individuo, su representante legal o el QIDP junto a una opción)

☐

Servicios en el hogar y la comunidad financiados por la Exención.

☐

Servicios en un centro de cuidado intermedio para personas con una discapacidad intelectual.

☐

Actualmente ninguna (si elige esta opción, la Sección III no le corresponde).

III. SOLICITUD

Indique que está de acuerdo con lo siguiente y que lo acepta: (iniciales o marca del individuo, su representante legal o el QIDP junto a una opción)

☐

Yo, _____, por la presente solicito que se me considere para los servicios en el hogar y la comunidad indicados arriba para individuos con una discapacidad intelectual.
(NOMBRE DEL INDIVIDUO)

☐

Yo, _____, entiendo que al presentar esta solicitud puedo esperar una evaluación formal de mi necesidad de servicios realizada por el condado o la entidad administrativa.
(NOMBRE DEL INDIVIDUO)

IV. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE Y FIRMAS

A. Individuo. (Completar esta sección para el individuo que solicita los servicios).

NOMBRE DEL INDIVIDUO:			
NÚMERO DE ACCESS:			
DIRECCIÓN ACTUAL:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:
FIRMA:			FECHA:

B. Representante legal. (Llenar esta sección si el representante legal del individuo especifica la preferencia de servicios bajo la Exención o ICF/ID en nombre del individuo).

NOMBRE:			
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:
FIRMA:			FECHA:

C. Profesional independiente calificado en discapacidad intelectual (Esta sección la llenará el profesional independiente especializado en discapacidad intelectual que es responsable de documentar si el individuo prefiere los servicios de la Exención o los servicios en un centro ICF/ID).

NOMBRE:			
AGENCIA:			
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:
FIRMA:			FECHA:

D. Representante de la entidad administrativa o programa de salud mental y discapacidad intelectual.

(Esta sección la llenará el representante del programa de salud mental/discapacidad intelectual/entidad administrativa del condado que ofrece al individuo o a su representante legal la preferencia entre de la Exención o servicios en un centro ICF/ID).

NOMBRE:			
AGENCIA:			
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:
FIRMA:			FECHA: