



## Solicitud de determinación de discapacidad del desarrollo

Este formulario de solicitud debe completarse con ayuda de su junta centrada en la comunidad  
(Community Centered Board, CCB)

[Vea una lista de todas las juntas centradas en la comunidad en línea - www.colorado.gov/hcpf/community-centered-boards](http://www.colorado.gov/hcpf/community-centered-boards)

Información de la junta centrada en la comunidad	
Junta centrada en la comunidad: Seleccione una:	
Dirección:	
Teléfono:	Fax:
Sitio web:	

Información del solicitante		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:
Dirección:		Condado:
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono laboral/otro:
Dirección de correo electrónico:		
Método de comunicación preferido:		Estado civil:
Lengua materna:	Etnia:	
Persona que hace la remisión:	Alojamiento actual:	

Información de los contactos principales (complete todo lo que corresponda)		
<b>Contacto principal</b>		
Nombre:	Dirección:	
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono laboral:
Dirección de correo electrónico:	Relación con el solicitante:	
<b>Contacto adicional</b>		
Nombre:	Dirección:	
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono laboral:
Dirección de correo electrónico:	Relación con el solicitante:	
<b>Información del tutor</b>		
¿Hay un tutor designado por el tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del tutor:	Relación con el solicitante:	

Información sobre los beneficios económicos y médicos (complete todo lo que corresponda)		
N.º S. S:	ID estatal de Medicaid:	ID de Medicare:
Monto de Ingreso de Seguro Suplementario (SSI, sigla en inglés):		

**Información sobre los beneficios económicos y médicos** (complete todo lo que corresponda)

Monto del ingreso del Seguro Social (SSDI):

Otros beneficios (por ej., HCBS-EBD, HCBS para menores, fideicomisos, etc.):

Seguro médico privado:

**Información de las escuelas**

Especifique las escuelas comenzando por la última a la que concurrió:

Distrito escolar:

Nombre de la escuela:

Fechas de concurrencia:

¿Programa de educación especial?  Sí  No

Distrito escolar:

Nombre de la escuela:

Fechas de concurrencia:

¿Programa de educación especial?  Sí  No

Distrito escolar:

Nombre de la escuela:

Fechas de concurrencia:

¿Programa de educación especial?  Sí  No**Información médica**

Indique las necesidades médicas y de salud:

Nombre del profesional médico/centro médico:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del profesional médico/centro médico:

Dirección:

Teléfono:

### **Información sobre servicios y apoyos**

Indique los servicios y apoyos recibidos por el solicitante, tales como servicios de salud mental, terapias, intervención temprana, etc.:

## Acuses de recibo y firmas

Entiendo que la única finalidad de esta solicitud es determinar si cumpla con los criterios de una discapacidad del desarrollo, tal como lo definen los Estatutos Revisados de Colorado [C.R.S. 25.5-10-202](#).

Entiendo que, en aplicación de lo dispuesto en 10 CCR 2505-10 Sección 8.607.2, una determinación de discapacidad del desarrollo no constituye una determinación de elegibilidad para recibir servicios o apoyos. La elegibilidad para los programas financiados de Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) específicos para las personas con discapacidades del desarrollo se deberá determinar de conformidad con 10 CCR 2505-10.

Recibí y adjunté al formulario solicitado la siguiente información, en aplicación de lo dispuesto en 10 CCR 2505-10 Sección 8.600 y siguientes y Secciones 25.5-10-202, C.R.S.:

1. una copia del aviso de confidencialidad/privacidad
2. una copia del procedimiento de resolución de disputas
3. una copia del procedimiento de reclamaciones,
4. una copia de mis derechos conforme a los Estatutos Revisados de Colorado
5. una copia de la definición actual de discapacidad del desarrollo de Colorado

\_\_\_\_\_ Entiendo que tengo noventa (90) días de calendario desde la fecha de la presentación de mi solicitud  
Iniciales completada para presentar los documentos y la información necesarios para realizar esta determinación de discapacidad del desarrollo.

\_\_\_\_\_ Entiendo que tengo derecho a solicitar una prórroga de noventa (90) días corridos de ser necesario.

Iniciales

### Firma del solicitante: (si es mayor de 18 años)

Firma escrita en computadora/a mano:

O

Firma electrónica:

Fecha:

### Firma del padre o madre/tutor:

Firma escrita en computadora/a mano:

O

Firma electrónica:

Fecha:

### Firma del representante autorizado:

Firma escrita en computadora/a mano:

O

Firma electrónica:

Fecha:

## Únicamente para ser completado por la CBB:

### Profesional de discapacidades del desarrollo que recibe la solicitud:

Nombre:

Cargo:

Fecha en que la CCB recibió la solicitud completada y firmada (fecha de solicitud):

Fecha en que se recibieron todos los documentos necesarios para la determinación (fecha de determinación):