



## 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):

# Documentos necesarios para determinar una discapacidad del desarrollo

Toda la información que certifique una discapacidad es necesaria para realizar una determinación. Algunos ejemplos de los tipos de documentos necesarios que proveerían esta información son: evaluaciones de la función intelectual, evaluaciones psicológicas, exámenes médicos, evaluaciones de salud mental y evaluaciones de la conducta de adaptación.

## 1a. Tipos de documentos posibles para una afectación intelectual:

- Prueba de inteligencia/coeficiente intelectual con instrumentos comparables a Wechsler o Stanford-Binet,

## 0

## 1b. Tipos de documentos posibles para afectaciones de la conducta de adaptación:

- Prueba de conducta de adaptación con instrumentos comparables a Vineland-II

## 2. Tipos de documentos posibles para un trastorno neurológico:

- Evaluación neurológica o neuropsicológica
- Evaluaciones psiquiátricas o psicológicas
- Exámenes médicos/historia clínica
- Página de información médica profesional

## 3. Tipos de documentos posibles para descartar afectaciones físicas o sensoriales o enfermedad mental como únicos factores contribuyentes de una discapacidad:

- Evaluaciones y registros escolares
- Registros de prestación de servicios especializados
- Evaluaciones médicas
- Evaluaciones y prestación de servicios de terapia
- Servicios y evaluaciones de salud mental
- Evaluaciones psiquiátricas o psicológicas
- Hospitalizaciones
- Antecedentes de medicamentos
- Evaluaciones de terapia

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)



Nombre de la persona en servicios: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ y/o número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona firmando/iniciales en el documento: \_\_\_\_\_

Relación con la persona en servicios: \_\_\_\_\_

Iniciales	Acuerdo de la Descripción
	<p><b>Aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida:</b> Developmental Pathways (DP) protege su información de salud protegida (ISP/PHI) según los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) y otras leyes y regulaciones federales y estatales aplicables. Este aviso explica cómo DP usa y divulga su ISP/PHI y cómo puede ejercer sus derechos bajo HIPAA. Al poner sus iniciales en el encasillado de la izquierda, usted confirma que recibió el Aviso de prácticas de privacidad de DP para la información de salud protegida.</p>
	<p><b>Opción de No Codificar:</b> Para proteger su ISP/PHI y garantizar la confidencialidad, DP codifica la comunicación electrónica externa que contiene su información confidencial. Esta práctica está diseñada para proporcionar un nivel extra o seguridad adicional y requiere que el destinatario use una contraseña para acceder al mensaje. Para optar no usar este requisito, DP debe recibir una notificación por escrito. Esta notificación escrita se completa marcando la opción apropiada y poniendo iniciales en el encasillado.</p> <p><i><b>¡Por favor, seleccione una opción!</b></i></p> <p>Me gustaría que DP continúe enviando comunicaciones electrónicas <b><u>codificadas!</u></b></p> <p>Yo le doy permiso a DP para que siga enviando comunicaciones electrónicas <b><u>sin codificar.</u></b> Este permiso es aplicable solo para mí y mi guardián legal cuando le corresponda.</p>
	<p><b>Ejerciendo sus derechos:</b> Usted tiene los mismos derechos humanos y civiles que cualquier otro ciudadano estadounidense. Estos derechos deben limitarse o modificarse solo en la medida necesaria para serle útil, y luego solo con el "debido proceso". El debido proceso incluye su Plan Individualizado (Plan de Servicio), el Comité de Revisión de Paquetes, el Comité de Derechos Humanos y/o proceso legal. Si desea asistencia para ejercer sus derechos, puede seleccionar un amigo, familiar, miembro del personal, encargado de casos, el Arc u otra persona que lo apoye. Puede solicitar interpretación oral o asistencia de idioma (incluyendo el lenguaje de señas) si es necesario. Al poner sus iniciales en el encasillado, usted reconoce que comprende estos derechos.</p>
	<p><b>Divulgación de conflictos de intereses:</b> DP y nuestros encargados de casos se asegurarán de que las personas y las familias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tengan la opción de programas y servicios de atención a largo plazo disponibles</li> <li>• Tengan disponibilidad de recursos que describan proveedores calificados</li> <li>• Tengan derecho a seleccionar entre proveedores calificados</li> <li>• Tengan derecho a cambiar de proveedor en cualquier momento.</li> <li>• Tengan acceso a los procesos de reclamos y/o quejas de DP</li> <li>• Tengan la opción de agencias de manejo de casos</li> <li>• Comprendan que los proveedores tienen derecho a aceptar o rechazar la solicitud de servicios</li> </ul> <p>Al poner sus iniciales en el encasillado, está confirmando que recibió el aviso por escrito de DP sobre posibles conflictos de intereses.</p>
	<p><b>Autorización para divulgación e intercambio de información:</b> Las siguientes organizaciones/proveedores están autorizadas para divulgar, intercambiar y compartir ISP/PHI oral y escrita entre sí con respecto a la persona mencionada anteriormente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>DP y:</i> Médicos involucrados en mi cuidado, proveedores de HCBS involucrados en mi cuidado, proveedores de atención médica involucrados en mi cuidado, terapeutas, hospitales y agencias involucradas en mi cuidado</li> <li>• <i>Información que será divulgada, intercambiada y compartida:</i> Información de salud incluyendo sin limitar diagnóstico, tratamiento, historial, registros de archivos maestros, facturas, notas de tratamiento, servicios y planes relacionados, e información relacionada con servicios de apoyo en el hogar y la comunidad</li> <li>• <i>Propósito o necesidad para la cual la información será utilizada y divulgada:</i> Coordinación/continuidad de cuidado, manejo de casos, evaluación, coordinación/adquisición de beneficios, determinación de discapacidad y cumplimiento del programa.</li> </ul> <p>Al poner sus iniciales en el encasillado, usted reconoce que recibió el acuerdo de divulgación de información, entendiéndolo que puede revocarlo en cualquier momento y que caducará 1 año después de la fecha de la firma. Al poner sus iniciales, también está liberando a DP de toda responsabilidad por divulgar la información solicitada.</p>
	<p><b>Proceso de queja:</b> En cualquier sistema, habrá desacuerdos y quejas. Cada persona tiene derecho a que estos desacuerdos se tomen seriamente y se traten de manera consistente, justa y en tiempo oportuno. Al poner sus iniciales en el encasillado, usted confirma que ha recibido un resumen escrito del proceso de queja.</p> <p><b>*Solo para HCBS-SLS, State SLS, CHRP 18+ y HCBS-DD* Información del representante autorizado:</b></p> <p>Un representante autorizado (tal como se define en la Sección 25.5-10-202 (1.3) CRS) es una persona que usted elige o su tutor elige, para ayudarlo a acceder o dirigir servicios o apoyos disponibles a través de su CMA, Developmental Pathways.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de nombrar un representante autorizado: puede ayudarlo a comunicarse con su IDT; puede ayudarte a hacer decisiones sobre servicios y apoyos; puede ayudarlo a comunicarse y abogar por sus mejores intereses.</li> <li>• Los representantes autorizados pueden ser: (1) un miembro de la familia que no sea tutor; (2) Amigo; (3) Defensor del Arc.</li> </ul> <p>Al poner sus iniciales en la casilla, reconoce que ha recibido información acerca de los Representantes autorizados y que los comprende. Si usted está interesado en tener un representante autorizado, complete y firme el formulario adicional con su administrador de casos.</p>

	<b>*Solo para quien recibe Medicaid* Derechos de apelación de Medicaid:</b> Una persona puede tener derecho a los derechos de apelación de Medicaid (también conocido como el derecho a una audiencia imparcial de Medicaid) ante un juez de derecho administrativo estatal. Al inicializar el encasillado, usted confirma que recibió un resumen escrito del proceso para solicitar una Apelación de Medicaid.
	<b>*Para STATE SLS y APOYO FAMILIAR Solamente* Resolución de Disputa:</b> En caso de que este inconforme con una decisión ó acción tomada por DP, hay pasos para disputar esa decisión o acción. Al poner sus iniciales en el encasillado, usted confirma que ha recibido un resumen oral y escrito del proceso de Resolución de Disputa y la opción de mediación.
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>



## Autorización de divulgación e intercambio de información

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ o identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_

Por la presente se autoriza a las siguientes organizaciones/proveedores a divulgar, intercambiar y compartir entre sí, de manera oral o escrita, información médica protegida (PHI) de la persona mencionada arriba:

Developmental Pathways, Inc. y:

- Médicos que participan en mi atención
- Proveedores de Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) que participan en mi atención
- Proveedores de Cuidados Domiciliarios que participan en mi atención
- Terapeutas que participan en mi atención
- Hospitales y establecimientos relacionados que participan en mi atención
- Otros (especificar aquí): \_\_\_\_\_

Información que se divulgará, intercambiará y compartirá:

- Información médica que, entre otros, incluye: diagnóstico, tratamiento, historial, registros del archivo maestro, registros de facturación; notas sobre el tratamiento; servicio y planes relacionados, e información relacionada con los Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) y apoyos.
- Otra información (describir aquí): \_\_\_\_\_

Fines o necesidad por los cuales debe usarse o divulgarse la información:

- Coordinación/continuidad de la atención
- Administración de casos
- Evaluación
- Coordinación/adquisición de beneficios
- Determinación de discapacidad
- Cumplimiento con el programa
- Otros (detallar aquí): \_\_\_\_\_



# Developmental Pathways

DEDICATED TO INDIVIDUALS WITH DISABILITIES

325 Inverness Drive South • Englewood, CO 80112  
303-360-6600 • Fax 303-341-0382  
www.developmentalpathways.org

Comprendo que la información o los registros relacionados con VIH/SIDA, las notas de psicoterapia, la información o las notas de análisis genéticos, la información o los registros relacionados con anemia de células falciformes o el diagnóstico relacionado con drogas o alcohol, y la información sobre el tratamiento y las remisiones no se divulgarán sin una autorización de divulgación firmada por usted que autorice específicamente dicha divulgación.

Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Developmental Pathways, excepto en la medida en que Developmental Pathways ya haya tomado medidas sobre esta solicitud. Esta Autorización vence el \_\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA), o, si se deja en blanco, un año desde la fecha de mi firma (lo que ocurra primero). Eximo a Developmental Pathways de cualquier responsabilidad por la divulgación de la información solicitada.

Autorización: Comprendo que autorizar la divulgación de esta información es un acto voluntario. Esta Autorización puede usarse y volver a usarse para obtener información conocida y registros preparados después de la fecha en que se firmó esta autorización, siempre que siga siendo válida. Comprendo que cuando se divulga información, cabe la posibilidad de que ocurra una redivulgación no autorizada, y es posible que esta ya no esté protegida por la legislación federal sobre confidencialidad, como la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA).

## Autorización de divulgación e intercambio de información

Se puede usar una copia o fax de la presente Autorización con la misma validez del original.

Beneficiario o persona autorizada a firmar en representación del beneficiario: \_\_\_\_\_

Si no es el beneficiario, indique cómo está autorizado a firmar:

Tutor                       Padre/Madre (el beneficiario es menor de edad)                       Otro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_