

## Contenido

Enlace de solicitud: dónde encontrar la solicitud de discapacidad de Medicaid .....	1
Por qué esta aplicación puede ser necesaria .....	2
Soporte de aplicaciones*: dónde obtener ayuda con la aplicación .....	3
LÉAME: Consejos y trucos de solicitud para una experiencia de solicitud más exitosa .....	4
Cómo completar la solicitud: pregunta por pregunta .....	4
Documentos de respaldo a presentar con la solicitud .....	9
Documentos de ejemplo .....	9
Presentación de solicitud .....	10
Recursos útiles y contactos de Medicaid .....	10
Lista de verificación final .....	12
Revisión y envío de solicitudes: qué esperar después de enviar la solicitud .....	12
Información sobre la determinación de discapacidad .....	13
Portada de la solicitud (opcional, pero ALTAMENTE recomendable) .....	15
<b>PORTADA #1 (caso que no sea TRAILS)</b> .....	16
<b>PORTADA #2- Caso en TRAILS</b> .....	17

**NOTA:** Esta guía es únicamente un documento de referencia y no reemplaza el asesoramiento de expertos de Health First Colorado Medicaid.

### Enlace de solicitud : dónde encontrar la solicitud de discapacidad de Medicaid

➤ **Enlace de la aplicación\*:** Ctrl+clic para seguir el enlace

**(Inglés)**

<https://hcpf.colorado.gov/sites/hcpf/files/Disability%20Application%20-%20English.pdf>

**(Español)**

<https://hcpf.colorado.gov/sites/hcpf/files/Disability%20Application%20-%20Spanish.pdf>

**Página principal de solicitud:** <https://hcpf.colorado.gov/how-to-apply#by-mail>

Cuando vayas a la página principal, busca esta sección y haz clic en la aplicación correspondiente. La siguiente es una imagen.

#### Disability Applications

If you believe you have a disability, even if you have been denied disability status by the Social Security Administration, please also fill out the Disability Application:

- [English Disability Application](#) (or [Large Print Version](#))
- [Spanish Disability Application](#) (or [Large Print Version](#))

\*La solicitud se puede completar electrónicamente o imprimiéndola y escribiendo a mano la información. **Las firmas en las páginas de firmas NO PUEDEN ser electrónicas y los revisores de la solicitud NO aceptarán fotografías de las páginas de firmas.** Más información está a continuación.

### Por qué es necesaria esta aplicación

**NOTA:** Esto es diferente de la determinación de discapacidad que puede haber completado con el equipo de admisión de DP.

- La determinación con el Equipo de Admisión es una determinación intelectual y de desarrollo para ver si la persona cumple con la definición de Colorado para acceder a **servicios IDD** (Individuos con Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo) en Colorado.
  - La determinación de discapacidad a través de Arbor/ARG (esta solicitud) o el Seguro Social considera la definición de discapacidad de la Administración del Seguro Social. La definición es federal y se refiere a cualquier tipo de discapacidad, sin limitarse a IDD.
- Las personas (que trabajan o no) menores de 65 años y los adultos que trabajan mayores de 65 años deben cumplir con los requisitos **médicos** para LTC Medicaid, cumpliendo con la [definición de discapacidad de la Administración Federal del Seguro Social](#).
- **Para cumplir con el requisito médico**, tienes dos opciones.
- **Solicitar y ser aprobado para los beneficios del Seguro Social** (SSI y algunos tipos de SSDI).
    - El proceso de solicitud puede tardar un año en promedio y generalmente viene con un beneficio monetario.
    - Tenga en cuenta: si el solicitante es menor de 18 años, se tendrán en cuenta los ingresos y los bienes/recursos del hogar.
    - Si decide solicitar beneficios del Seguro Social, consulte la guía de solicitud del Seguro Social en el sitio web de DP. <https://www.dpcolo.org/resources/tools/>
  - **Complete la solicitud de discapacidad de Medicaid.**
    - El tiempo de revisión es de hasta 90 días, por lo que suele ser un camino más rápido hacia la exención. Esto NO viene con un beneficio monetario y NO se toman en consideración los ingresos/activos.
    - ARG/Arbor tiene un contrato con el estado de Colorado para revisar la solicitud de discapacidad de Medicaid y tomar una determinación de discapacidad. Si se aprueba, **la mayoría de las determinaciones de discapacidad son válidas por 7 años. La fecha de finalización de la aprobación se conoce como fecha del diario de incapacidad.**
    - Si una fecha del diario vence y la persona no recibe beneficios del Seguro Social con una determinación de discapacidad, es posible que se necesite una nueva solicitud de Discapacidad de Medicaid para mantener la aprobación de LTC Medicaid.

**¡Hay una tercera opción!** Puede completar ambas solicitudes. La decisión es tuya.

¿Puede completar la solicitud de Incapacidad ahora y luego enviar la solicitud de Seguro Social en algún momento en el futuro? ¡SÍ!

**Ayuda con la aplicación\*: ¿Dónde obtener ayuda con la aplicación?**

- ✓ Esta guía está LLENA de consejos y trucos y lo guiará a través de cada pregunta de la Solicitud de discapacidad.
- ✓ Developmental Pathways no recopilará, revisará ni enviará solicitudes de individuos.

Consulte la página web de Solicitud de Medicaid de DP para obtener más información útil.

<https://www.dpcoloro.org/programs-services/applying-for-medicaid/>

\*Esta no es una lista exhaustiva. Es posible que haya otros recursos comunitarios disponibles para ayudar con la solicitud.

<b>Colorado Access-AMES (Servicios de inscripción médica de Access)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Un socio de solicitud de elegibilidad (EAP)</b></li> <li>• Brinda ayuda sin costo para completar y procesar solicitudes médicas de asistencia médica para ver si las personas califican para Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) o el Crédito Fiscal Anticipado para la Prima y está certificado por el Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica.</li> <li>• Preferiblemente citas. Se aceptan visitas sin cita previa.</li> <li>• Es posible que no pueda ayudar si la solicitud de discapacidad es la única que necesita completar, pero puede llamar para preguntar.</li> <li>• Complete la mayor parte de la solicitud que pueda antes de su cita.</li> <li>• También pueden responder preguntas sobre las renovaciones de Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Teléfono:</b> 303-755-4138</li> <li>• <b>Fax:</b> 720-744-5227</li> <li>• <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:appassist@accessenrollment.org">appassist@accessenrollment.org</a></li> <li>• <b>Web:</b> <a href="http://www.accessenrollment.org/about-ames">http://www.accessenrollment.org/about-ames</a></li> <li>• <b>Dirección postal:</b> PO Box 5818, Denver, CO 80217</li> <li>• <b>Entrega en mano/dirección física:</b> 11100 E. Bethany Dr., Aurora, CO</li> </ul>
<b>Beneficios en Acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sitio certificado de asistencia para solicitudes (CAAS)</b></li> <li>• Los servicios incluyen administración de casos de beneficios, incluida la navegación y elegibilidad de beneficios de salud, asistencia y presentación de solicitudes de beneficios y seguimiento para garantizar que se hayan recibido los beneficios.</li> <li>• Solo por cita.</li> <li>• Complete la mayor parte de la solicitud que pueda antes de su cita.</li> <li>• También pueden responder preguntas sobre las renovaciones de Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Teléfono:</b> (720)-221-8354</li> <li>• <b>Fax:</b> 303-232-2219</li> <li>• <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:info@benefitsinaction.org">info@benefitsinaction.org</a></li> <li>• <b>Web:</b> <a href="https://www.benefitsinaction.org/">https://www.benefitsinaction.org/</a></li> <li>• <b>Dirección física/postal:</b> 12157 W Cedar Dr, Suite 100, Lakewood, CO 80228</li> </ul>
<b>Su Departamento de Servicios Humanos (DHS) local</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede obtener asistencia limitada para la solicitud llamando a la oficina del DHS de su condado.</li> <li>• Puede obtener más apoyo si visita su oficina local del DHS. Los tiempos de espera varían.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Encuentre la oficina del DHS de su condado:</b> <a href="https://cdhs.colorado.gov/our-partners/counties/contact-your-county-human-services-department">https://cdhs.colorado.gov/our-partners/counties/contact-your-county-human-services-department</a></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si necesita soporte en un idioma que no sea inglés o español, se recomienda ingresar a la oficina del condado para solicitar apoyo para la solicitud.</li> </ul>	
<b>Centro de contacto para miembros de Health First Colorado Medicaid</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Teléfono:</b> 800-221-3943</li> </ul>
<b>Corazón 2 Corazón 4 Personas Mayores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No sabemos mucho sobre el soporte de aplicaciones que brindan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Teléfono:</b> 303-371-4100</li> <li><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:info@h2h4seniors.com">info@h2h4seniors.com</a></li> <li><b>Web:</b> <a href="https://h2h4seniors.com">https://h2h4seniors.com</a></li> </ul>

### LÉAME: Consejos y trucos de solicitud para una experiencia de solicitud más exitosa

- Utilice esta guía, así como las páginas de información que acompañan a la solicitud.
- Todos los documentos presentados (solicitud y documentos de respaldo) deben ser claros y legibles.
- **NO ENVÍE FOTOS DE LAS PÁGINAS DE FIRMAS. Esto hará que su aplicación sea rechazada.**
- **Todas las firmas deben realizarse con tinta azul o negra.** Las firmas electrónicas NO son aceptables.
- Las aplicaciones escritas a mano deben estar escritas de forma legible **con tinta azul o negra.**
- Responda todas las preguntas de la solicitud o escriba N/A (No Aplica), según corresponda.
- **Envíe TODAS LAS PÁGINAS de la solicitud. ARG/Arbor rechazará las solicitudes incompletas.**
- Presentar [documentación de respaldo](#) sólida junto con su solicitud puede ayudar a reducir el tiempo de revisión.
- Si está trabajando con Developmental Pathways, incluya a DP como proveedor en la sección 4.
- Guarde una copia de toda la documentación enviada y solicite un recibo si entrega la documentación personalmente en la oficina de su condado.
- Utilice la [portada opcional](#) al final del paquete.
- Utilice la [lista de verificación](#) para verificar su trabajo.
- Si necesita más espacio, puede utilizar la Sección 8 en la página 10 para obtener información adicional o puede adjuntar páginas adicionales a la solicitud. Cada página adicional debe incluir el nombre completo del solicitante, identificación de Medicaid o número de Seguro Social y fecha de nacimiento.

### Completar la solicitud: pregunta por pregunta

#### Instrucciones para completar cada sección de la solicitud.

#### Información importante:

- La guía está escrita desde el punto de vista de que alguien está ayudando al solicitante a completar la solicitud.
- Cuando complete la solicitud, piense en el solicitante en su peor día. ¿Qué es difícil/difícil para el solicitante? ¿Desafíos? No es necesario incluir las fortalezas de la persona.
- Revise las instrucciones en la página 1 de la solicitud, antes de comenzar la solicitud.

## Sección 1 - Información sobre su discapacidad

### RESPONDE TODAS LAS PREGUNTAS

- **Preguntas A a J:** Información del solicitante

- **Pregunta K:** Información de contacto del padre/cuidador/amigo
- **Pregunta L:** Complete si el solicitante es menor de 18 años

## Sección 2 - Condiciones y afectos de discapacidad física o mental

### TODAS LAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL SOLICITANTE

- **Preguntas A a H:** Información del solicitante
  - **Pregunta C:** Enumere todas las condiciones/diagnósticos de discapacidad (cualquier cosa relevante sobre cómo la discapacidad de la persona la afecta cada día).
  - **Pregunta D:** Proporcione tantos detalles como pueda. Dependiendo de la edad, puede escribir que el solicitante es menor de edad, si tiene menos de 18 años. Si el solicitante está en edad de trabajar, incluya algunos ejemplos de los desafíos específicos que tendría si trabajara a tiempo completo, incluso si tiene nunca funcionó.
- **En su mayor parte, Arbor quiere información clara sobre cómo les afecta HOY la discapacidad de una persona.** Piense en el peor día del solicitante al completar la solicitud. Este no es un momento para centrarse en las fortalezas. La [documentación de respaldo](#) que envíe con la solicitud también debe abordar algunas de las siguientes preguntas.
- **Si el solicitante es mayor de edad :**
    - ¿Cómo afecta la discapacidad del solicitante a su capacidad para trabajar y realizar [una actividad lucrativa sustancial](#) ?
    - ¿Cómo afecta su discapacidad sus habilidades para la vida diaria?
    - ¿Cómo es un día difícil para el solicitante?
    - ¿Qué tipo de apoyo diario se necesita?
    - ¿El solicitante toma decisiones seguras?
    - ¿El solicitante es destructivo con o sin supervisión?
    - ¿Tiene el solicitante comportamientos adversos que no serían aceptables en un lugar de trabajo y/o requieren supervisión adicional?
    - ¿Qué nivel de supervisión necesita el solicitante?
    - ¿Puede el solicitante seguir instrucciones de varios pasos?
    - ¿El solicitante necesita/necesitaría ayuda con el transporte para llegar al trabajo?
    - ¿Necesita o necesitaría el solicitante ser supervisado en el trabajo?
    - ¿Tiene el solicitante una discapacidad física que afectaría su trabajo de alguna manera?
    - ¿Tiene el solicitante algún desafío específico en el funcionamiento ejecutivo que afectaría el trabajo?
    - ¿Tiene el solicitante problemas de salud mental que se exacerban con el estrés?
    - ¿El solicitante no habla?
    - ¿El solicitante tiene discapacidad visual?
    - ¿El solicitante tiene condiciones médicas extremas que afectan su vida diaria?
  - **Si el solicitante es un niño y no está en edad de trabajar:**
    - ¿Cómo afecta su discapacidad sus habilidades para la vida diaria?
    - ¿Cómo se comparan con otros niños de la misma edad que no tienen una discapacidad?
    - ¿Cómo es un día difícil para el solicitante?
    - ¿El solicitante toma decisiones apropiadas para su edad?

- ¿El solicitante es destructivo con o sin supervisión?
- ¿Qué nivel de supervisión necesita el solicitante?
- ¿Tiene el solicitante comportamientos adversos que no serían aceptables en un lugar de trabajo y/o requieren supervisión adicional?
- ¿El solicitante no habla?
- ¿El solicitante tiene discapacidad visual?
- ¿El solicitante tiene condiciones médicas extremas que afectan su vida diaria?

• **Preguntas F y G:** Puede poner la fecha de nacimiento del solicitante, si corresponde, o una fecha específica si la tiene.

• **Pregunta H:** Marque Sí o No.

**NO SALTE A LA SECCIÓN 4. DEBE RESPONDER LA PREGUNTA L EN LA PÁGINA 3. Arbor necesita conocer el historial del solicitante con el Seguro Social.**

• **Pregunta L:** Responda todas las preguntas

L. ¿Alguna vez solicitó Ingresos por Discapacidad de Seguridad Social (SSDI) o Ingreso Complementario de Seguridad (SSI)?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué fecha presentó la solicitud más reciente? MM/ DD/ AAAA

Su reclamo de Seguridad Social está:  Aprobado  Rechazado  Aún pendiente

¿Cuál fue la fecha de la decisión más reciente? MM/ DD/ AAAA

Si apeló, ¿en qué fecha presentó la apelación? MM/ DD/ AAAA

En el caso de que su reclamo de Seguridad Social haya sido rechazado, ¿está experimentando condiciones nuevas o que empeoran?  Sí  No Si la respuesta a la pregunta es "Sí", proporcione una breve descripción de la(s) condición(es) nueva(s) o peor(es) en la **Sección 8 Observaciones**.

Si ya ha recibido SSDI o SSI y ya no lo recibe, ¿por qué se interrumpió su beneficio?

**Incluya copias de todas las cartas y avisos de la Administración de Seguridad Social (SSA) sobre su solicitud de discapacidad.**

➤ Si marcó NO en la pregunta H y completó L, ahora puede pasar a la sección 4.

### Sección 3 - Información sobre su trabajo

• **Pregunta A:** Si el solicitante nunca ha trabajado, marque la casilla y pase a la Sección 4.

- **Si está completando el formulario para un niño** que es demasiado pequeño para trabajar y/o nunca ha trabajado, marque la casilla y pase a la sección 4.

A. Enumere los trabajos (hasta cinco), incluido un trabajo protegido\*, que haya realizado en los 15 años anteriores a la fecha en que ya no pudo trabajar debido a sus condiciones físicas, mentales, emocionales o de aprendizaje. Enumere su trabajo más reciente primero. \*El trabajo protegido proviene de un empleador que emplea a personas con discapacidades, separadas de los demás.

No se aplica si no trabajó en absoluto durante los 15 años anteriores a su incapacidad.  
No responda a la Sección 3 y pase a la Sección 4.

• Para los solicitantes que han trabajado, complete las preguntas restantes lo mejor que pueda.

### Sección 4 - Información sobre sus registros médicos

• **Pregunta A:**



- A. ¿Fue atendido por un médico, hospital, clínica o cualquier otra persona por las condiciones físicas, emocionales, mentales o de discapacidad del aprendizaje que limitan su capacidad para trabajar?
- Sí  No Si respondió "No" a esta pregunta, vaya a la Sección 5.

**Interpretación:** Marque Sí si el solicitante alguna vez ha visitado a un **médico/hospital/clínica** o cualquier otra persona por su discapacidad (discapacidades), independientemente de su historial laboral. Esto incluye un médico de atención primaria. Para la mayoría de las personas, la respuesta es "Sí".

- **Preguntas B:** Esto se refiere al solicitante.
- **Pregunta C:** Incluya a todos los médicos/terapeutas/profesionales médicos que el solicitante haya visitado en los **últimos 1 a 3 años.**

**Asegúrese de incluir al médico de atención primaria del solicitante.**

**Si está trabajando con Developmental Pathways, le sugerimos que nos incluya como proveedor.**

**NOTA:** Arbor enviará el formulario de autorización firmado a los médicos, terapeutas, otros profesionales médicos y a DP (si figuran en la lista) para solicitar documentación de respaldo. Lo harán incluso si presentó los documentos con la solicitud. **Los proveedores no siempre responden, por lo que sumamente recomendamos que envíe la documentación de respaldo con la aplicación.** También puede llamar a los proveedores para avisarles que recibirán la solicitud y pedirles que respondan lo más rápido posible.

- **Varios médicos en el mismo centro médico:** si la persona consulta a varios especialistas en Children's Hospital u otro hospital, puede incluir el hospital una vez e indicar que la persona consulta a varios médicos diferentes en ese hospital.
- **Fecha de primera visita y fecha de última visita:** aproximadas: intente incluir el mes y el año o solo un año. No es necesario que indique una fecha exacta.
- **Próxima cita:** Aproximada o si es un médico al que el individuo acude anualmente, escríbalo en el espacio provisto.

**Pregunta D:** Enumere cada hospital que el solicitante ha utilizado en los **últimos 1 a 3 años** para hospitalizaciones y visitas a emergencias relacionadas con la discapacidad del solicitante.

## Sección 5 - Información sobre sus exámenes médicos

- Haga una lista de las pruebas/exámenes médicos que el solicitante ha tenido **en los últimos 2-3 años.**

## Sección 6: Información sobre medicamentos

- Enumere todos los medicamentos recetados y no recetados / suplementos que el solicitante está tomando actualmente, incluido el médico que los recetó. Incluya el nombre y el número de teléfono del proveedor médico.
- Efectos secundarios del medicamento: enumere los efectos secundarios específicos que el individuo experimenta con el medicamento o suplemento. Si no hay ninguno, escriba N/A.

## Sección 7 - Información sobre educación y capacitación

- **Preguntas A y B:** completar información sobre el solicitante
- **Preguntas C a G:** completar si el solicitante es menor de 18 años

## Sección 8 - Comentarios

- Utilice este espacio para obtener información adicional que no compartió en partes anteriores del formulario o para la que no tenía espacio.

**Firma: La solicitud DEBE estar firmada y fechada.**

- Si el solicitante es mayor de 18 años y su propio tutor legal, deberá firmar la solicitud.
- Si el solicitante es mayor de 18 años y tiene un tutor legal designado por el tribunal, incluya una copia de la documentación de tutela con la solicitud.
- Un testigo no es necesario en el estado de Colorado, pero puede ser incluido si la persona que firma solo pudo hacer una marca.

**Página 11: Formulario de designación de representante personal**

Complete si alguien más lo ayudó a completar la solicitud y / o desea dar permiso a Medicaid y Arbor para hablar con otra persona en su nombre. Recomendado si el solicitante es un adulto.

**Páginas 12 y 13: Formulario de divulgación de registros**

**El formulario de divulgación de registros debe completarse, firmarse y enviarse con la solicitud.** Asegúrese de completar la parte superior de la página 12 y firme apropiadamente en 13. Consulte la sección de consejos/trucos para conocer los requisitos de firma.

**Firma: La solicitud DEBE estar firmada y fechada.**

Hay 3 páginas de firma.

**Las páginas de firma incorrectas son una causa común de solicitudes de discapacidad rechazadas o denegadas.**

**NO ENVÍE FOTOS DE LAS PÁGINAS DE FIRMAS.**

- Los solicitantes mayores de 18 años y su propio tutor legal deben firmar la solicitud y la página de autorización.
- Solicitantes mayores de 18 años con un tutor legal designado por el tribunal: el tutor debe firmar y adjuntar una copia de la documentación de tutela a la solicitud.
- Firme y feche todos los lugares de la solicitud, incluida la página de autorización.
- Se requieren "firmas húmedas". **NO se aceptarán firmas electrónicas**, A MENOS que contengan una firma digital, como el siguiente ejemplo.
- Arbor NO aceptará fotografías de las páginas de firmas. **NO ENVÍE fotografías de las páginas de firmas de la solicitud.**
- Si el solicitante es mayor de 18 años y no tiene un tutor legal designado por el tribunal, deberá firmar la solicitud como su propio tutor. Un padre puede firmar como testigo.
  - Si en la solicitud solo se puede hacer una "X" como firma", entonces dos testigos deben firmar.

Ejemplo de firma digital que es aceptable:





**Página 11: Formulario de designación de representante personal**

Complete si alguien más lo ayudó a completar la solicitud y/o desea dar permiso a Medicaid y Arbor para hablar con otra persona en su nombre. Recomendado si el solicitante es mayor de edad. Consulte arriba para obtener consejos sobre firmas.

Formulario de divulgación de registros

**Páginas 12 y 13: Formulario de divulgación de registros médicos**

El formulario de divulgación debe completarse, firmarse y enviarse junto con la solicitud. Asegúrese de completar la parte superior de la página 12 y firmar adecuadamente en la 13. Consulte arriba para obtener consejos sobre firmas.

**Documentos de respaldo para presentar con la solicitud.**

Recomendamos presentar documentación de respaldo sólida con la solicitud.

- Si el solicitante tiene tutor legal designado por el tribunal y/o poder médico, adjuntar copia de la documentación correspondiente a la solicitud.
- Envíe documentación de respaldo sólida con la solicitud. La presentación de documentos de respaldo *puede* reducir el tiempo de revisión. Consulte a continuación los documentos de respaldo sugeridos.
- La documentación debe estar actualizada y fechada entre UNO y TRES años. Sin embargo, está bien incluir documentación original de diagnóstico/prueba, incluso si tiene más de tres años.
- Es mejor presentar demasiado papeleo que muy poco.

**Documentos de ejemplo** (no es una lista exhaustiva):

- Informe de prueba de coeficiente intelectual (si es mayor de 16 años, incluya las pruebas realizadas después de los 16 años).
- Informes de Habilidades Adaptativas y/o pruebas funcionales.
- Trienal de Educación Individualizada (IEP)** más actual con pruebas, si el solicitante todavía está en la escuela o se graduó recientemente.
- Cartas de médico/terapeuta/psicólogo/psiquiatra y/u opiniones escritas que describen cómo la discapacidad del solicitante afecta sus habilidades de la vida diaria y lo diferencia de otra persona de su edad que no tiene una discapacidad.
- Pruebas de laboratorio y resultados (si están relacionados con la discapacidad del solicitante)
- Informes médicos
- Declaraciones/cartas de maestros sobre limitaciones funcionales (si el solicitante todavía está en la escuela o recientemente)
- Una copia de la Página de Información Médica Profesional (PMIP) más actualizada
- Una copia de la evaluación 100.2 completa (si se completó con la Agencia de gestión de casos)
- Según corresponda, una copia de la documentación de determinación del Equipo de Admisión, que determinó que el solicitante cumple con la definición de discapacidad de Colorado (una determinación de discapacidad diferente a esta).

**Envío de solicitud**

- **Sin Medicaid:** Puede presentar la solicitud de Medicaid (Solicitud de Asistencia Pública) y la solicitud de Incapacidad al mismo tiempo. Si trabajó con Colorado Access-AMES, envíeles las solicitudes. De lo contrario, puede enviar las solicitudes a su Departamento de Servicios Humanos local. Consulte a continuación para obtener información de contacto.
  - Guarde una copia de todo lo que envíe.
  - **Solicite un recibo si entrega personalmente la solicitud.**
  - **NO recomendamos enviar la solicitud de Discapacidad a través del sistema Colorado PEAK.**
  
- **Medicaid activo: si tiene Medicaid activo, no necesita presentar una nueva solicitud de Medicaid (Solicitud de Asistencia Pública).** Sólo necesita completar y enviar la solicitud de Incapacidad.
  - Envíelo a la oficina del Departamento de Servicios Humanos/Medicaid que tiene su Medicaid. Consulte la [sección de contactos de Medicaid](#) para conocer las opciones de envío para su condado.
  - Guarde una copia de todo lo que envíe.
  - **Solicite un recibo si entrega personalmente la solicitud.**
  - **NO recomendamos enviar la solicitud de Discapacidad a través del sistema Colorado PEAK.**
  
- **CASOS DE TRAILS: Si la persona tiene Medicaid activo en TRAILS, el sistema de bienestar infantil, siga estas instrucciones. (Adopción o cuidado de crianza Medicaid):**
  - **Utilice siempre la portada de TRAILS al final de esta guía al enviar la solicitud.**
  - Comuníquese con su administrador de casos de bienestar infantil y pídale que se comunique directamente con el equipo de LTC del DHS de su condado, para que puedan proporcionar pruebas de que tiene Medicaid abierto. De lo contrario, Medicaid puede pedirle que complete una nueva solicitud de Medicaid, además de la solicitud de discapacidad.
  - Vaya a su oficina local del DHS y solicite que alguien del equipo de LTC lo reciba en el vestíbulo. Explique que el caso del niño está en TRAILS y envíe la solicitud con **la portada al final de la guía.**

**Recursos útiles y contactos de Medicaid**

- **Arbor/ARG (Grupo de Revisión de Acción):** los revisores de la solicitud de Incapacidad.
  - **Teléfono:** 877-265-1864
  - **Correo electrónico:** [ARGcoloradostatusinquiry@equusworks.com](mailto:ARGcoloradostatusinquiry@equusworks.com)
- **Health First Colorado Medicaid:** <https://www.healthfirstcolorado.com/>  
<https://www.healthfirstcolorado.com/get-help/?tab=member-contacts>

Departamento de Servicios Humanos (DHS)	Información del contacto
<b>Lista de condados locales/Departamento de Servicios Humanos</b>	<a href="https://www.colorado.gov/pacific/cdhs/contact-your-county">https://www.colorado.gov/pacific/cdhs/contact-your-county</a>
<b>Condado de Adams</b> 11860 Pecos St. Westminster, CO 80234  * Buzón exterior	Teléfono: 720-523-2000 Fax: 720-523-2158 <b>Web:</b> <a href="http://www.adcogov.org/human-services-center-resources">http://www.adcogov.org/human-services-center-resources</a> <b>Nota:</b> <a href="#">Este condado no acepta documentos enviados por correo electrónico.</a>  <b>Envío de solicitud:</b>

	Envíelo por fax, entrega en mano, correo o coloque el paquete en el buzón exterior.
<b>Condado de Arapahoe (2 ubicaciones)</b> (1) 14980 E Alameda Dr, #007 Aurora, CO 80012  (2) 1690 W. Littleton Blvd, #123 Littleton, CO 80120 *Ambas oficinas tienen un buzón exterior	Teléfono: 303-636-1170 Fax: 303-734-4301 <b>Web:</b> <a href="https://www.arapahoegov.com/1906/ArapaSOURCE">https://www.arapahoegov.com/1906/ArapaSOURCE</a>  <b>Envío de solicitud:</b> Envíelo por fax, entrega en mano, correo o coloque el paquete en el buzón exterior.
<b>Condado de Denver</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina de Castro (ubicación principal): 1200 Federal Blvd, Denver, CO 80204</li> <li>• Oficina este: 3815 Steele St, Denver, CO 80205</li> <li>• Oficina de Taylor: 4685 Peoria St, Denver, CO 80239</li> </ul> *Buzón exterior en cada ubicación	Teléfono: 720-944-3666 Fax: 720-944-3094 (no aceptan documentos enviados por fax) Correo electrónico: <a href="mailto:DenverDHS@denvergov.org">DenverDHS@denvergov.org</a> <b>Web:</b> <a href="http://www.denvergov.org/humanservices">www.denvergov.org/humanservices</a>  <b>Envío de solicitud:</b> Envíe por correo, entregue personalmente o coloque el paquete en el buzón exterior.
<b>Condado de Douglas</b> 4400 Castleton Ct. Castle Rock, CO 80109 * Buzón exterior	Teléfono: 303-688-4825 Fax: 877-285-8988 Correo electrónico: <a href="mailto:Dhs.inbox@douglas.co.us">Dhs.inbox@douglas.co.us</a> ( <i>límite de tamaño</i> ) <b>Web:</b> <a href="https://www.douglas.co.us/">https://www.douglas.co.us/</a>  <b>Envío de solicitud:</b> Envíelo por fax, correo electrónico, entrega en mano, correo postal o coloque el paquete en el buzón exterior.
<b>Condado de Elbert</b> 215 Comanche St Kiowa, CO 80117 * buzón exterior	Teléfono: (303) 621-3206 Fax: (303) 621-0122 Correo electrónico: <a href="mailto:elbert.assistance@state.co.us">elbert.assistance@state.co.us</a>  <b>Envío de solicitud:</b> Envíelo por fax, correo electrónico, entrega en mano, correo postal o coloque el paquete en el buzón exterior.
<b>Condado de Jefferson</b> 900 Jefferson County Pkwy Edificio de Servicios Humanos Golden, CO 80401 * Buzón exterior	Teléfono: 303-271-4707 Fax: 303-271-4805  <b>Envío de solicitud:</b> Envíelo por fax, entrega en mano, correo o coloque el paquete en el buzón exterior.
<b>Programa de Asistencia Médica de Colorado (CMAP)/Denver Health</b>	Teléfono: 1-800-359-1991 Fax: 303-602-7639 o 303-893-1780 Correo electrónico: <a href="mailto:CMAPbuyin@dhha.org">CMAPbuyin@dhha.org</a> (INDIVIDUOS/FAMILIAS) <b>Web:</b> <a href="https://www.denverhealth.org/patients-visitors/billing-insurance/enrollment-services">https://www.denverhealth.org/patients-visitors/billing-insurance/enrollment-services</a>  <b>Envío de solicitud:</b> Enviar por fax o correo electrónico.
<b>Conéctese para la salud de Colorado (C4H)</b>	Teléfono: 855-752-6749 Fax: 855-346-5175 Correo electrónico: <a href="mailto:Countypartners@c4hco.com">Countypartners@c4hco.com</a> <b>Web:</b> <a href="https://connectforhealthco.com/">https://connectforhealthco.com/</a>

	<b>Envío de solicitud:</b> Enviar por fax o correo electrónico.
--	--

### Lista de verificación final

*¡LO HICISTE! ¡FELICIDADES!*

Lea nuevamente la sección de [Consejos y trucos](#).

Verifique nuevamente su solicitud:

- ¿Respondió todas las preguntas o escribió n/a si no corresponde?
- ¿El solicitante o el tutor legal designado por el tribunal firmó la solicitud?
- ¿Están las firmas "mojadas"?
- ¿Están las páginas de la solicitud en orden y todas las páginas incluidas?
- ¿Escribió de manera legible usando tinta azul o negra (si no está escrita a máquina)?
- **¿Firmó y fechó la página 10 Y la página 13 de Divulgación de información?**
- **¿Firmó y fechó la página 11** si desea que un padre, tutor u otra persona tenga permiso para hablar con Arbor en su nombre?

Si el solicitante tiene un tutor legal designado por el tribunal o un poder médico, incluya una copia de la documentación adecuada con la solicitud.

¿Hiciste una copia de todo para guardarla en tus registros?

¿Incluyó documentos de respaldo sólidos?

¿Incluyó una portada de la parte posterior de esta guía?

### Revisión y envío de solicitudes: qué esperar después de enviar la solicitud

- Una vez enviada, su solicitud será revisada. El revisor puede comunicarse con usted si falta algo. **Para evitar retrasos, responda a sus comunicaciones en caso de que se comuniquen con usted.**
  - Si falta algo o hay algún problema con la solicitud (a menudo firmas), se comunican con el miembro por correo y/o por teléfono sobre las páginas que deben corregirse y devolverse. Esté atento a esto y **responda oportunamente si es necesario realizar correcciones**.
  - **Si recibe información por correo y no comprende lo que se le pregunta, comuníquese con el remitente del correo para solicitar ayuda.**
  - Si recientemente envió la solicitud de discapacidad y luego recibe una solicitud en blanco por correo, no asuma que se la envió por error. Es posible que se lo hayan enviado porque el que envió no era aceptable. Llame al remitente del correo para pedirle una aclaración, según sea necesario.
  - Si no responde a las solicitudes de más información o a una solicitud corregida, Medicaid está obligado a enviar la solicitud a Arbor, incluso con errores, sabiendo que probablemente será rechazada.
  - Medicaid solo dejará un mensaje de voz detallado si pueden identificarlo como perteneciente al cabeza de familia o al representante designado para ayudar con la solicitud. De lo contrario, será una referencia vaga a la documentación.
    - Los representantes de Colorado Access-AMES dirán que llaman desde Colorado Access, AMES, un socio de solicitud de elegibilidad o EAP.

- Medicaid enviará la solicitud y cualquier documentación de respaldo que haya enviado a Arbor/ARG (Action Review Group) para su revisión.
  - **El período de revisión puede demorar hasta 90 días** entre Arbor/ARG y Medicaid. El proceso de revisión *puede ser más corto* si envía una solicitud COMPLETA, documentación de respaldo SÓLIDA y sigue las sugerencias de firma proporcionadas en la guía.
  - Arbor/ARG tiene un contrato con el estado de Colorado para revisar las solicitudes de discapacidad de Medicaid y tomar una determinación de discapacidad, utilizando la definición de discapacidad del Seguro Social. Su nombre completo es **Arbor E&T, LLC, Action Review Group (ARG)**.
  - **Si completó una nueva solicitud para alguien que ya recibe servicios de exención, pregúntele a alguien del equipo de LTC de Medicaid si puede mantener la exención abierta mientras se revisa la solicitud.**
- ❖ Es perfectamente aceptable **llamar a Arbor** para asegurarse de que hayan recibido su solicitud, que esté libre de errores y para preguntar si necesitan más documentación de respaldo. Haga clic para obtener su [información de contacto](#).

### Información sobre la determinación de discapacidad

Recibirá una carta de Arbor/ARG mostrando su aprobación o rechazo. La parte superior de la carta de determinación puede verse así:

STATE OF COLORADO, DEPARTMENT OF HEALTH CARE POLICY AND  
FINANCING  
Arbor E&T, LLC  
dba Action Review Group  
P.O. Box 340  
Olyphant, PA 18447  
(877) 265-1864, FAX: (877) 672-2077

DISABILITY DETERMINATION NOTICE

Hay 5 categorías de determinación diferentes. Los más comunes se encuentran a continuación.

Determinación	Idioma	Lo que significa
<b>Aprobación total</b>	"Tienes una discapacidad. Recibirá una carta diferente que le indicará si califica para los beneficios de Health First Colorado".	Arbor determinó que la persona cumplía con la definición de discapacidad del Seguro Social, que cumple con el requisito de discapacidad para LTC Medicaid (exención) y Medicaid Buy-in.  No es necesario realizar ninguna otra acción aparte de esperar la correspondencia de Health First Colorado Medicaid sobre su estado de Medicaid.
<b>Aprobación de discapacidad limitada</b>	"Usted cumple con los estándares de Colorado para discapacidad limitada, pero no cumple con los estándares de discapacidad total de la Administración del Seguro Social".	Con una aprobación de discapacidad limitada, usted no califica para LTC Medicaid cuando era niño. Si es adulto, solo califica si está trabajando, por lo que puede ser

		<p>aprobado tanto para Medicaid Buy-in como para una exención de adulto. Los adultos que trabajan deberán presentar prueba de empleo ( talones de pago recientes) a Medicaid. Si el adulto no está trabajando, no podrá seguir adelante con la inscripción de exención. Será necesario discutir otras opciones con su administrador de casos.</p> <p><b>Le sugerimos que apele la decisión y presente documentación de respaldo más sólida.</b></p>
<b>Negación total</b>	<p>"La Administración del Seguro Social ha decidido que usted no tiene una discapacidad y no cumple con los estándares de discapacidad de Colorado".</p>	<p>Arbor determinó que el solicitante no cumple con la definición de discapacidad del Seguro Social, que incluye una discapacidad a largo plazo que dura más de 12 meses.</p> <p><b>Le sugerimos que apele la decisión y presente documentación de respaldo más sólida.</b></p>

- Hay otras dos determinaciones que no se ven comúnmente. Ambos están relacionados con alguien que ya cumplió con la definición de discapacidad al solicitar o recibir beneficios del Seguro Social.
- También puede recibir una denegación porque la solicitud no era legible o no estaba completa. En ese caso, le sugerimos corregir lo que no se hizo correctamente y volver a enviarlo a Medicaid lo antes posible, quien lo enviará a Arbor.
- **Códigos de discapacidad calificada:** si se determina que cumple con la definición de tener una discapacidad, la carta de determinación de Arbor enumerará los códigos de discapacidad calificados específicos citando cómo el individuo cumple con los criterios.
  - Las definiciones del Código de discapacidad calificada se pueden encontrar en el sitio web del Seguro Social o siguiendo los enlaces a continuación.
    - Niños: <https://www.ssa.gov/disability/professionals/bluebook/ChildhoodListings.htm>
    - Adultos: <https://www.ssa.gov/disability/professionals/bluebook/AdultListings.htm>

**Próximos pasos para las denegaciones:**

- **Revise la carta completa de Arbor** para ver si explica los motivos del rechazo. Debe enumerar qué documentos de respaldo se utilizaron para tomar la determinación. A veces se niega a las personas porque Arbor no obtuvo la información solicitada de los proveedores médicos (y otros proveedores) a los que se pusieron en contacto para obtener información de respaldo.
- **Comuníquese con Arbor si tiene preguntas sobre la determinación.**
- **Derecho a apelar:** si el solicitante no está de acuerdo con la decisión de Arbor, tiene derecho a apelar la decisión. La carta de determinación incluye instrucciones para presentar una apelación, así como plazos.
- **Notifique a su administrador de caso o coordinador sobre la denegación.**



- Como se indica en el cuadro anterior, si al solicitante se le negó la solicitud por no cumplir con la definición de discapacidad del Seguro Social, se le recomienda apelar y presentar documentación de respaldo más sólida con la solicitud.
- Si se rechaza al solicitante por uno de los motivos siguientes, se le recomienda volver a enviar una solicitud corregida con la documentación de respaldo.
  - Las firmas en la solicitud faltaban, eran ilegibles o estaban firmadas por la persona equivocada.
  - La página de autorización firmada no estaba incluida o era ilegible (esto puede suceder cuando la página de autorización es una fotografía). **No envíe fotografías de las páginas de firmas.**
  - No se incluyeron/firmaron documentos de poder médico, poder médico o documentos de tutela, según corresponda.
- **Si completó una nueva solicitud para alguien que ya recibe servicios de exención, pregúntele a alguien del equipo de LTC de Medicaid si puede mantener la exención abierta mientras la apelación está en proceso.**

### **Portada de la solicitud (opcional, pero ALTAMENTE recomendable)**

#### **Casos que no son TRAILS:**

Envíe **la portada n.º 1** con su solicitud para asegurarse de que llegue al departamento correcto dentro de Medicaid. Puede enviarlo a su Departamento de Servicios Humanos/Oficina de Medicaid local o a Colorado Access-AMES.

**Debes rellenar los espacios EN BLANCO resaltados.**

#### **CASOS DE TRAILS:**

Si el caso de Medicaid del solicitante se mantiene en el sistema TRAILS, envíe **la portada n.º 2** con su solicitud completa y los documentos de respaldo. Pregunte por un miembro del equipo de LTC cuando entregue personalmente su solicitud a Health First Colorado Medicaid. Explique que el caso del solicitante se lleva a cabo en TRAILS. También puede comunicarse con su administrador de casos de bienestar infantil y pedirle que se comunique directamente con el equipo de atención a largo plazo (LTC) del DHS de su condado proporcionando prueba del caso de Medicaid del solicitante en TRAILS. De lo contrario, Medicaid puede pedirle que complete una nueva solicitud de Medicaid, además de la solicitud de discapacidad.

**Debes rellenar los espacios EN BLANCO resaltados.**

HOJA DE PORTADA #1 (caso que no es TRAILS)

**Attention: The LTC Team****Medicaid Entity:**

**This packet contains a Medicaid Disability Application** (and supporting documents) for the below person. Please reach out if additional information is needed.  
Please forward to Arbor/ARG for review.

<b>Name of applicant:</b>	
<b>Applicant's DOB:</b>	
<b>Applicant's Medicaid ID:</b>	
<b>Applicant's main contact and phone:</b>	
<b>Total number of pages:</b>	

**I am working with Developmental Pathways.** DP will submit the ULTC 100.2 LOC cert page as soon as the assessment has been completed.

You can send a DSS1 referral to: [intake@dpcolo.org](mailto:intake@dpcolo.org)

Thank you!

## HOJA DE PORTADA #2- Caso TRAILS

**Attention: The LTC Medicaid Team at--****Medicaid Entity:**

**This individual has active Medicaid in the TRAILS system. Please partner with the Child Welfare department to verify active Medicaid. A new Medicaid application should not be needed.**

You can also contact [cmbenefits@dpcolo.org](mailto:cmbenefits@dpcolo.org) for a screenshot of the open TRAILS case.

**This packet contains a Medicaid Disability Application** (and supporting documents) for the below person. Please reach out if additional information is needed.  
Please forward to Arbor/ARG for review.

<b>Name of applicant:</b>	
<b>Applicant's DOB:</b>	
<b>Applicant's Medicaid ID (Trails case):</b>	
<b>Applicant's main contact and phone:</b>	

**The above person is working with Developmental Pathways** to enroll onto a Long-term care (LTC) Medicaid waiver. DP will submit the ULTC 100.2 LOC cert page as soon as the assessment has been completed.

You can send a DSS1 referral to: [intake@dpcolo.org](mailto:intake@dpcolo.org)

Thank you!