

For CDDP office use only

Date received	CDDP receiving form	<input type="checkbox"/> Initial application
		<input type="checkbox"/> Reapplication
Title XIX Medicaid (OSIPM or MAGI) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	OHP number or OHP referral date	Prime number

Información del solicitante (en letra de imprenta)

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Género
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Estado civil
Dirección actual	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta)	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono principal	Dirección de correo electrónico (opcional)		

Contacto principal, padres custodios o tutores legales (de ser pertinente)

Nombre	Relación (por ejemplo, padre custodio, tutor legal)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono principal	Dirección de correo electrónico (opcional)		

¿Tiene el solicitante un tutor **designado por tribunal**? Sí No

Nombre, dirección y número de teléfono del tutor designado (mencione si son los mismos que los anteriores)

¿Tiene el solicitante un representante para atención médica? ORS 127.505 Sí No

Nombre, dirección y número de teléfono del representante para atención médica (mencione si son los mismos que los anteriores)

Remisión a Programas Comunitarios de Discapacidades del Desarrollo (CDDP)

Nombre y cargo de la persona que remitió al solicitante	Número de teléfono
¿Ha recibido o solicitado alguna vez el solicitante servicios de algún programa relacionado con discapacidades en Oregon o en otro Estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indique el condado de Oregon u otro(s) estado(s)	

Forma de comunicación que prefiere el solicitante (OAR 943-070-0040)

¿En qué idioma quiere que le hablemos?

¿En qué idioma quiere que le escribamos?

¿Necesita un intérprete (*que incluye lengua de señas*)? Sí No

Otras necesidades de comunicación:

Etnia del solicitante (OAR 943-070-0030)Etnia (*Marque todas las casillas que correspondan*) Hispano/Latino No de origen hispano Cubano Desconocida Mexicano Otra: Puertorriqueño Sudamericano o Centroamericano Prefiere no contestar Otra**Raza del solicitante (OAR 943-070-0030)**Raza (*Marque todas las casillas que correspondan*) Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Blanco Nativo de Alaska Indígena asiático Europeo oriental Indígena estadounidense Chino Del oriente medio Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation) Filipino Del norte de África Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano Hmong Eslavo Indígena americano de otro tipo Japonés Europeo occidental Coreano Laociano Del sur de Asia Vietnamita Asiático de otro tipo Afroestadounidense o negro Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Otra: Africano Guameño o chamorro Afroestadounidense Nativo de Hawái Desconocida Caribeño Samoano Negro de otro tipo Otras islas del Pacífico Prefiere no contestar

Discapacidades del desarrollo

Describa su discapacidad e indique la edad en que se observó por vez primera

Discapacidad intelectual

Afecciones observadas o diagnosticadas	Si fue diagnosticada, indique el proveedor y la fecha
<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	
<input type="checkbox"/> Retraso generalizado del desarrollo	
<input type="checkbox"/> Hitos no cumplidos a tiempo	

Otra discapacidad del desarrollo

Afecciones observadas o diagnosticadas	Si fue diagnosticada, indique el proveedor y la fecha
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista	
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Exposición prenatal a drogas, alcohol u otras toxinas	
<input type="checkbox"/> Trastorno de Tourette	
<input type="checkbox"/> Lesión cerebral adquirida o traumática	
<input type="checkbox"/>	

Otros padecimientos

Afecciones observadas o diagnosticadas	Si fue diagnosticada, indique el proveedor y la fecha
<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	
<input type="checkbox"/> Trastorno depresivo	
<input type="checkbox"/> Trastorno de lenguaje	
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar o de la personalidad	
<input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático	
<input type="checkbox"/> Trastorno de aprendizaje específico	
<input type="checkbox"/> Trastorno relacionado con el abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Proveedores médicos		
Médico o clínica de atención primaria	Ubicación	Número de teléfono
Dentista o clínica	Ubicación	Número de teléfono
Hospital preferido	Ubicación	Número de teléfono

Evaluaciones de discapacidad

Indique los profesionales que han evaluado sus discapacidades. Incluya a psicólogos, neuropsicólogos, psiquiatras, neurólogos, pediatras del desarrollo, genetistas y proveedores de atención para la salud mental. Por ejemplo, indique los profesionales que le hayan practicado pruebas de coeficiente intelectual (IQ test), evaluaciones psicológicas, evaluaciones médicas o genéticas de su discapacidad o evaluaciones mentales.

Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación (<i>indique la dirección si la sabe</i>)		Número de teléfono
Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación (<i>indique la dirección si la sabe</i>)		Número de teléfono
Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación (<i>indique la dirección si la sabe</i>)		Número de teléfono
Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación (<i>indique la dirección si la sabe</i>)		Número de teléfono

¿Alguna vez ha sido internado en un centro u hospital para que reciba tratamiento psiquiátrico o médico?

 Sí

 No

Fecha	Nombre y ubicación del centro u hospital

Otras agencias de servicios (*algunos ejemplos incluyen Bienestar infantil, Autosuficiencia, Rehabilitación vocacional, Salud mental*)

Fecha de inicio/finalización	Ubicación de la agencia o del proveedor	Nombre de la persona de contacto
Fecha de inicio/finalización	Ubicación de la agencia o del proveedor	Nombre de la persona de contacto
Fecha de inicio/finalización	Ubicación de la agencia o del proveedor	Nombre de la persona de contacto

Seguro médico

Seguro médico del solicitante

<input type="checkbox"/> Aseguradora médica privada Compañía de seguros	<input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregon Núm. del OHP/Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare Núm. de plan
--	---	---

No tengo un seguro médico actualmente

La elegibilidad para recibir ciertos servicios para discapacidades del desarrollo depende de la elegibilidad para Medicaid. Si usted todavía no ha presentado la solicitud, comuníquese con la oficina de CDDP para conocer cómo presentar la solicitud.

¿Ha solicitado asistencia médica? Sí No

Fuentes de ingresos personales del solicitante

Ingresos personales del solicitante (marque todas las que correspondan; no incluya los demás ingresos de su unidad familiar)

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
<input type="checkbox"/> Fondo(s) fiduciario(s)	<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad, fuente particular
<input type="checkbox"/> Manutención infantil para el solicitante	<input type="checkbox"/> Asistencia con adopción o tutela
<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos de guerra	<input type="checkbox"/> No tiene ingresos
<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Otra:

Seguro Social

Las personas con discapacidades podrían ser elegibles para uno de los dos programas federales para gente discapacitada: Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). La Administración del Seguro Social (SSA) gestiona ambos programas.

¿Ha solicitado beneficios del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de solicitud
¿Recibe actualmente beneficios del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Cantidad	
<input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	Cantidad	
¿Alguna vez no pudo recibir el SSI debido a ganancias, por recibir beneficios del Seguro Social de uno de los padres o por el aumento del subsidio por costo de vida (cost of living allowance)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Si usted no ha solicitado beneficios de SSI/SSDI, puede informarse más acerca de los beneficios del Seguro Social en el [sitio web del Seguro Social](#). Comuníquese con su [oficina de SSA local](#) para presentar la solicitud.

Los siguientes recursos podrían serle útiles:

- Comprendiendo el Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario: <https://www.socialsecurity.gov/espanol/comprendiendoSSI/index.htm>
- Cantidades de los pagos de SSI: <http://www.ssa.gov/oact/cola/SSI.html>

Antecedentes educativos

Nombre de la escuela actual o de la última escuela a la que asistió	Fecha de inicio	Fecha de finalización

Ciudad y estado

Nombre de la escuela anterior	Fecha de inicio	Fecha de finalización

Ciudad y estado

¿Recibió alguna vez servicios de educación especial en alguna escuela (*por ejemplo, intervención a temprana edad, un programa de educación individualizado [IEP] o un plan 504*)?

Sí

¿Se graduó de la preparatoria?

Sí No

De ser así, ¿qué tipo de diploma recibió (*o espera recibir*)?

Regular Desarrollo Educativo General (GED) Desconocida

Modificado Certificado

Antecedentes legales

¿Tiene antecedentes penales como adulto o menor de edad?

Sí No

Estado y condado del delito	Tipo de delito

Oficial de libertad condicional/bajo palabra	Número de teléfono

Otra información

Por qué necesitamos su número de Seguro Social

Las leyes federales, el Título 42 del Código de los Estados Unidos (USC) Secciones 1320b-7(a) y (b), el Título 42 del CFR Secciones 435.910, 435.920 y 457.340(b), así como la Regla Administrativa de Oregon (OAR) 461-120-0210, exigen que los solicitantes proporcionen al Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS) y a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) su número de Seguro Social (SSN) en la solicitud de beneficios médicos, salvo lo estipulado en OAR 461-120-0210.

El ODHS y la OHA utilizarán su SSN para ayudar a decidir si usted es elegible para recibir beneficios. El ODHS y la OHA podrían utilizar su SSN para comparar la información de su solicitud con los expedientes que se hayan proporcionado a los programas y las agencias federales o de otros estados —o que hayan sido creados por estos—, tales como el Servicio de Impuestos Internos (IRS), Medicaid, la Administración del Seguro Social y el Departamento de Trabajo.

Asimismo, el ODHS y la OHA podrían utilizar su SSN, a pedido de las agencias patrocinadoras, para elaborar datos o informes globales sobre los programas que usted solicita y de los que recibe beneficios. En particular, el ODHS y la OHA podrían utilizar o divulgar su SSN para administrar el programa que usted solicita o del que recibe beneficios; llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades para mejorarla; verificar la cantidad correcta de pagos y desempeñar actividades comerciales con los proveedores; así como para recuperar beneficios que se hayan pagado en exceso.

Notificación de la decisión de elegibilidad

Si desea que le envíen una copia del aviso de la decisión relacionada con la elegibilidad al CDDP a otra persona que no sea usted, usted debe indicar el nombre y la dirección de tal persona. El CDDP debe tener la autorización por escrito para poder divulgar información y enviar avisos a otra persona que no sea el solicitante mismo o su tutor legal.

Nombre	Relación con el solicitante (<i>por ejemplo, tutor legal, representante</i>)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Firma

Mediante mi firma a continuación, corroboro que la información contenida en la presente solicitud es veraz y correcta, ya sea que la haya proporcionado yo o mi representante. Asimismo, confirmo haber recibido y revisado el aviso de derechos que aparece en la página siguiente.

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Relación	
<input type="checkbox"/> Usted mismo (<i>solicitante adulto</i>)	<input type="checkbox"/> Tutor legal de la persona adulta designado por tribunal
<input type="checkbox"/> Padre, madre o tutor legal con custodia del menor	<input type="checkbox"/>

Aviso de derechos

- Usted está solicitando servicios del sistema de discapacidades del desarrollo de Oregon. La participación es voluntaria y puede retirar esta solicitud en cualquier momento.
- El Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS) no discrimina. El ODHS atiende a cada uno de los solicitantes que califican para recibir servicios y no tratará de manera diferente a ningún solicitante debido a su edad, raza, sexo, color, nacionalidad de origen, religión, ideas políticas, discapacidad u orientación sexual. Si usted considera que el ODHS le ha tratado injustamente, puede presentar una queja ante la Oficina de Defensoría del Gobernador (1-800-442-5238).
- El Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo (CDDP) y el ODHS protegerán su información y expedientes de acuerdo con las políticas de privacidad y seguridad del ODHS, el Estatuto Modificado de Oregon (ORS) 179.505 y ORS 179.507. El CDDP necesita su autorización para solicitar y divulgar expedientes relacionados con su discapacidad.
- El ingreso estará completo al firmar y entregar usted el presente formulario a CDDP y al firmar las autorizaciones para que CDDP pueda obtener expedientes que usted no le proporcione. El CDDP colaborará con usted para preparar una solicitud de servicios en un plazo de 90 días. El CDDP podría comunicarse con usted y pedirle una ampliación para la decisión pasados los 90 días si el CDDP necesitara más documentos para tomar una decisión respecto de su elegibilidad. Si el CDDP necesitara más información para determinar la existencia de una discapacidad del desarrollo, podría pedirle a usted que se someta a una evaluación de diagnóstico de conformidad con ORS 410.060 y 427.105.
- El CDDP debe recibir una solicitud completada antes de tomar una decisión respecto de la elegibilidad. Una solicitud completada incluye el presente formulario, así como documentos y expedientes que sean necesarios para poder tomar una decisión respecto de la elegibilidad. Cuando CDDP haya recibido todos los documentos relacionados con su discapacidad (según se describe en OAR 411-320-0080(1)), le enviará un aviso escrito con la decisión. Ingreso y solicitud completada se definen en OAR 411-320-0020.
- El aviso escrito de CDDP respecto de la decisión incluirá un aviso de derechos de audiencia. Si usted no está de acuerdo con la decisión de CDDP, puede solicitar una audiencia de caso disputado, según se describe en el Capítulo 183 de ORS y OAR 411-318-0025.
- Puede solicitar una audiencia de caso disputado llenando un Formulario de Solicitud de Audiencia Administrativa ([SDS 0443DD](#)), o bien solicitando verbalmente la audiencia a un empleado del CDDP o del ODHS. El ODHS debe recibir la solicitud de audiencia dentro de los 90 días posteriores al aviso de la decisión respecto de la elegibilidad.
- Usted puede nombrar a otra persona, tal como un abogado o pariente, un amigo u otro portavoz, para que le represente o para que solicite una audiencia en su nombre. Usted puede indicar a su representante al momento de solicitar la audiencia.