

Solicitud o Derivación para Servicios de Discapacidades de Desarrollo

Solicitud inicial: _____

Derivaciones a: _____

País: _____

Office use only (mm/dd/yy)	
Date received by provider:	_____
Date received by county:	_____

¿Necesita ayuda para llenar este formulario? Sí No Diferente formato Intérprete

Tipo de formato: Cinta de audio Braille CD Letra grande Presentación oral

¿Qué idioma? _____ Lenguaje de señas

Información del solicitante

Apellido (<i>en imprenta</i>):	Primer nombre:	Inicial del 2º nombre:	
Domicilio actual:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo (<i>si es diferente</i>):	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre de nacimiento:	Número de Seguro Social		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lugar de nacimiento:	Teléfono:
Estado civil:	Nombre de soltera (<i>u otros nombres usados</i>):		
¿Ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿No ciudadano de los EE.UU. calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la residencia permanente:	

Información de los padres

Nombre del padre: (<i>se requiere para menores de 18</i>):			
Domicilio actual:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo (<i>si es diferente</i>):	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Tutor legal/curador/custodio

¿Tiene el solicitante una de estas personas designadas por el tribunal? (*Marque todo lo que corresponda*):

Tutor legal Curador Custodio

Nota: Se debe adjuntar la orden del tribunal.

Nombre del tutor legal/curador/custodio:	Teléfono:		
Lugar del tribunal:	Fecha de la orden del tribunal:		
Dirección actual:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo (<i>si es diferente</i>):	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información personal del solicitante *(origen étnico del solicitante)*

Raza *(marque todo lo que corresponda):*

- Asiático Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
 Indígena americano o nativo de Alaska No puede determinar
 Negro o afroamericano Razas múltiples *(especificar):* _____
 Blanco

Origen étnico:

- Hispano o latino Nacionalidad *(especificar):* _____
 Ni hispano ni latino No puede determinar

Idioma(s) que entiende:

Idioma(s) que habla:

Preferencia religiosa: Ninguna Especifique: _____

Fortalezas personales *(capacidades, intereses, pasatiempos, preferencias, aversiones)*

Antecedentes delictivos

¿Tiene el solicitante antecedentes delictivos/ante el tribunal de menores? Sí No

Estado/condado:	Infracciones/delitos:
Servicios o condiciones ordenadas por el tribunal:	

Contactos para casos de emergencia

Nombre	Relación	Teléfono

Familiar cercano <i>(nombre):</i>	Relación:	Teléfono:
Dirección actual:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Dirección de correo <i>(si es diferente):</i>	Ciudad:	Estado: Código postal:

Antecedentes de ubicación (por ejemplo, cuidado de crianza, cuidado grupal, centro de cuidados de enfermería, centro de viviendas con servicio de atención permanente, atención institucional, hospital psiquiátrico)
Use el reverso de la última página si necesita más espacio. Comience con la información más reciente:

Dirección	Tipo de situación de vida	Fechas

Antecedentes de educación/guardería (comience con lo más reciente, por ejemplo, intervención temprana, actual, guardería, etc.)

Más reciente	Fechas de inscripción

Antecedentes de empleo (Comience con lo más reciente. Incluya servicios diurnos actuales para adultos.)

Empleador y lugar:	Teléfono:
Tipo de trabajo/actividad:	Fechas:
Empleador y lugar:	Teléfono:
Tipo de trabajo/actividad:	Fechas:
Empleador y lugar:	Teléfono:
Tipo de trabajo/actividad:	Fechas:
Empleador y lugar:	Teléfono:
Tipo de trabajo/actividad:	Fechas:

Otras agencias de servicios sociales

Nombre de la agencia	Nombre del contacto/representante	Teléfono	Fechas

Otros servicios utilizados

Describa brevemente otros servicios/planes especiales que recibe el solicitante (por ejemplo, ayuda en el hogar, servicios de crisis, beneficios vocacionales, médicos, de comida, salud mental, bienestar de niños, etc.):

Recursos financieros del solicitante

(Indique los saldos de cuenta actuales y cualquier fideicomiso o efectivo disponible. Incluya cuentas de cheques y de ahorros, ayuda financiera o préstamos solicitados.)

Tipo de cuenta	Nombre y lugar del establecimiento	Saldo
Cheques		
Ahorros		
Plan para entierro		
Fideicomiso		

Fuente de ingresos	Cantidad mensual	Fecha de solicitud (Si aún no lo recibe)
Cheque de pago		
Beneficios de comida		
Seguro Social		
SSI		
Otro:		
Otro (por ejemplo, jubilación ferroviaria, manutención de hijos, beneficios de veteranos, compensación del trabajador, desempleo y asistencia pública):		
Nombre del beneficiario representado:		

Seguro de salud (llene lo que corresponda)

Cobertura	Nombre del proveedor/compañía aseguradora (Atención médica, dental, de salud mental)	Número de grupo/póliza
Medicare		
Plan de salud de Oregón/ Medicaid		
Veteranos		
Seguro privado		
Otro		

Discapacidades (llene todo lo que corresponda)

Afección	Describa brevemente la función actual y el apoyo
Parálisis cerebral	
Retraso mental	

Discapacidades – continuación (llene todo lo que corresponda)

Afección	Describa brevemente la función actual y el apoyo
Autismo	
Síndrome de Down	
Problema de motricidad	
Comunicación	
Problemas de visión	
Problemas de audición	
Mental/emocional/ de conducta	
Otro tipo de discapacidad	
Otro tipo de discapacidad	

Medicamentos actuales (opcional; puede adjuntar copia del Registro de Administración de Medicamentos (Medication Administration Record, MAR) más reciente u órdenes del médico)

¿Tiene el solicitante problemas para tomar los medicamentos? Sí No

Si contesta "sí", describa brevemente: _____

Nombre del medicamento	Motivo por el que lo toma	Médico	Teléfono

Referencias médicas

Nombre del médico de cabecera:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Nombre del dentista:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Referencias médicas (continuación)

Farmacia:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Hospital de preferencia:	Teléfono:	Ciudad:
--------------------------	-----------	---------

Nombre del especialista:	Especialidad:	Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Nombre del especialista:	Especialidad:	Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Nombre del especialista:	Especialidad:	Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Código postal:

Nombre del especialista:	Especialidad:	Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Otras cuestiones que quiera hacernos saber (por ejemplo, alergias graves, problemas médicos o de conducta, necesidad de servicios de protección, cuestiones familiares/culturales, etc.):

¿Sabe el solicitante que se va a presentar esta solicitud? Sí No

Firmas

¿Se obtuvo autorización para divulgar información? Sí No

Solicitud y consentimiento para recibir servicios

Por el presente doy mi consentimiento para recibir servicios de Servicios para Discapacidades de Desarrollo. Entiendo que puedo interrumpir los servicios en cualquier momento.

Recibo de derechos y responsabilidades del consumidor

Reconozco que recibí información sobre mis derechos y responsabilidades.

Al firmar a continuación, afirmo que proporcioné información verdadera, correcta y completa.

Firma de la persona que llena esta solicitud:	Relación con el solicitante:
Nombre (<i>en imprenta</i>):	Fecha:

Firma del solicitante (<i>o tutor legal</i>):	Fecha:
Nombre (<i>en imprenta</i>):	

Firma del administrador de caso:
Nombre (<i>en imprenta</i>):

¿Se obtuvo autorización para divulgar información (*DHS 2099 o divulgación similar*)? Sí No

Fecha de la solicitud:	Persona que hace la derivación:
Agencia:	Teléfono:

Declaración de discriminación: *El Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) no discrimina a persona alguna. Esto significa que DHS ayuda a todas las personas que tienen derecho a recibir sus servicios. DHS no negará ayuda a persona alguna por razones de edad, raza, color, nacionalidad de origen, sexo, orientación sexual, religión, creencias políticas o discapacidad. Puede presentar una queja si piensa que DHS lo discriminó por alguna de estas razones. Para presentar una queja, lea la publicación DHS 9001 "Información sobre Demandas por Discriminación a Clientes" ("Client Discrimination Complaint Information") o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU al 1-800-537-7697.*