



**Agency for Persons
with Disabilities**



agency for persons with disabilities
State of Florida

Solicitud de servicios

1. Información del solicitante

Nombre legal: _____ Apellido legal: _____

Inicial del segundo nombre: _____ Sufijo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo (marque con un círculo): Masculino o Femenino

Número de seguro social*: _____ - _____ - _____ Número de identificación de Medicaid (si lo conoce): _____

Raza (solo para fines de datos): Blanco Afroamericano Asiático Nativo americano o de Alaska Otro: _____

Apellido de soltera de la madre: _____ Nombre de soltera de la madre: _____

Seleccione al menos un diagnóstico de discapacidad del desarrollo para la consideración de elegibilidad:

Autismo Parálisis cerebral Discapacidad intelectual Síndrome de Prader-Willi

Espina bífida Síndrome de Down Síndrome de Phelan McDermid Síndrome de Tatton-Brown-Rahman

Entre 3 y 5 años y con alto riesgo de desarrollar una discapacidad del desarrollo (si selecciona esta casilla, explique): _____

(Consulte la Guía rápida: Solicitud de servicios de APD para utilizar a modo de referencia para la documentación de pruebas de diagnóstico).

Otro diagnóstico (si procede): _____

Información de contacto del solicitante:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Método de comunicación preferido: _____ Teléfono o _____ Correo electrónico

Idioma preferido: _____

Representante legal del solicitante: Complete la información si el solicitante tiene un representante legal. *(Para los solicitantes menores de 18 años, esto incluye al padre/la madre, a un sustituto para la atención sanitaria o a cualquier persona designada por el padre/la madre del menor para actuar en su nombre. Para los solicitantes mayores de 18 años, esto podría incluir al solicitante, a cualquier persona designada por el solicitante a través de un poder notarial o un poder permanente de representación, un representante médico en virtud del capítulo 765, F.S. o cualquier persona designada por un tribunal de Florida como tutor o defensor del tutor en virtud del capítulo 393 o 744, F.S.)* Pase a la sección Información sobre el hogar si el solicitante no tiene un representante legal.

Nombre del representante legal: _____ Apellido del representante legal: _____

Inicial del segundo nombre del representante legal: _____ Sufijo: _____

Tipo de representante legal: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____



**Agency for Persons
with Disabilities**



agency for persons with disabilities
State of Florida

Solicitud de servicios

Método de comunicación preferido: _____ Teléfono o _____ Correo electrónico

2. Información sobre el hogar: (Complete esta sección si el solicitante tiene un cuidador principal).

Nombre legal del cuidador principal: _____ Apellido legal: _____

Fecha de nacimiento del cuidador: _____

¿Tiene el cuidador principal problemas de salud que le impidan seguir prestando cuidados? Sí o No

En caso afirmativo, indique los problemas médicos:

¿El cuidador principal presta también atención primaria a un menor, a un anciano o a otra persona con discapacidad?

Sí o No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Las responsabilidades actuales del cuidador le impiden tener un empleo? Sí o No

¿Tiene el solicitante un hermano o una discapacidad del desarrollo? Sí o No

3. Miembro del servicio militar activo (si responde No a la primera pregunta, pase a la sección 4).

¿Es el padre/madre o tutor legal del solicitante un miembro del servicio militar activo? Sí o No

En caso afirmativo, identifique por su nombre: _____

¿Fue la familia trasladada a FL como parte de la asignación militar? Sí o No

En caso afirmativo, ¿recibió el solicitante servicios de exención basados en el hogar y la comunidad en otro estado?

Sí o No

4. Residencia

¿Es el solicitante residente permanente del Estado de Florida? Sí o No

Si el solicitante es menor de edad, ¿está el padre o tutor legal domiciliado en Florida? Sí o No

En muchos casos, la APD puede verificar la residencia o ciudadanía en Florida de los solicitantes a través de la información proporcionada en este formulario de solicitud. Si es necesario, la APD puede solicitar información o documentación adicional para verificar la residencia o ciudadanía con el fin de completar su solicitud.

5. Evaluaciones de elegibilidad

Si es necesario, ¿acepta participar en las evaluaciones clínicas que puedan ser necesarias para determinar la elegibilidad para la APD?

Sí o No

6. He recibido una copia del:

Aviso de procedimientos de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)

Consentimiento para obtener o divulgar información médica protegida



**Agency for Persons
with Disabilities**



agency for persons with disabilities
State of Florida

Solicitud de servicios

7. Inscripción de votantes: PUEDE APLICAR PARA REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ (Formulario DS-DE-77):

Consulte el "Formulario/Solicitud de Preferencia de la Ley Nacional de Registro de Votantes" (Formulario DS-DE 77 del Departamento de Estado), incorporado por referencia en la Norma 1S-2.048 del *Código Administrativo de Florida*.

8. CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Al firmar esta solicitud, entiendo, reconozco y certifico, bajo pena de perjurio, lo siguiente:

- Que toda la información proporcionada está completa y es exacta.
- Que es mi responsabilidad mantener informada a la Agencia de cualquier cambio de dirección, correo electrónico o número de teléfono y que el no hacerlo puede dar lugar a que mi solicitud no sea procesada o al cierre del caso.
- Que proporcionar declaraciones falsas a sabiendas constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede dar lugar a la denegación de mi solicitud.
- Que se podrá solicitar en cualquier momento información y/o documentación adicional relacionada con mi solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal (si procede): _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que ayuda al solicitante con la solicitud (si procede):

Nombre y apellido en letra imprenta:

Relación con el solicitante: _____

Teléfono: _____

Firma de la persona que asiste al solicitante: _____ Fecha: _____

La ley federal requiere la recopilación de su número de seguro social como condición de elegibilidad para los beneficios de Medicaid bajo el Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 42 1320b-7 y la agencia recopilará, usará y divulgará el número para fines administrativos según lo autorice la ley.