



**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

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: \_\_\_\_\_



**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



**7. Inscripción de votantes: (Formulario DS-DE-77):**

Consulte el (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:** (si procede) \_\_\_\_\_ **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.