



**Southwest  
Developmental  
Services, Inc.**

**“Helping Kansans with developmental disabilities  
access quality community services”**

## **Solicitud para Determinar Elegibilidad**

Se requiere la siguiente informacion para tramitar la solicitud para servicios y para cumplir con las regulaciones de licencia del estado de Kansas para propósitos de reportes estadísticos de datos como se requiere por el departamento de Kansas para los servicios de envejecimiento y discapacidad.

***Tenga en cuenta que si un solicitante es su propio guardián él o ella debe de dar su consentimiento para el proceso de determinación de elegibilidad.***

### **Informacion General**

Nombre del Apicante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle/ Apartado de Correos                      Ciudad                      Condado                      Estado                      Codigo Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_ Hombre \_\_ Mujer

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Numero Seguro Social: \_\_\_\_\_

Tiene tarjeta medica del estado de Kansas? \_\_ Si \_\_ N    Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Organización de Atención Administrada (MCO): \_\_ Aetna \_\_ Sunflower Health Plan \_\_ United Health Care \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Es Ciudadano Americano? \_\_ Si \_\_ No

Primer Idioma: \_\_\_\_\_ Es necesario un interprete? \_\_ Si \_\_ No

Es usted o un miembro familiar activo o retirado (30 días) del ejercito militar? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

### **Informacion de tutor/representante legal**

**Si un representante/ tutor legal ha sido designado por un tribunal de justicia, si el solicitante esta en custodia de DCF/DOC o si otra representación legal existe una copia de los documentos legales se requiere ser presentados en el momento de llenar solicitud**

1<sup>st</sup> Nombre de Representante Legal/ Tutor: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle/ Apartado de Correo                      Ciudad                      Condado                      Estado                      Codigo Postal

Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo/Otro: \_\_\_\_\_

*(Informacion de Tutor/ Representante Legal cont. en siguiente hoja)*

2<sup>nd</sup> Nombre de Tutor/ Representante Legal (Si aplica): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle/ Apartado de Correo                      Ciudad                      Condado                      Estado                      Código Postal

Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo/Otro: \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante: \_\_\_\_\_

Ubicación de Audiencia Tutela Legal: \_\_\_\_\_ # Caso Judicial: \_\_\_\_\_

Si la Tutela es limitada, Cuál es la limitación: \_\_\_\_\_

Si un Tutor no ha sido nombrado, hay necesidad de uno? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

### **Información de Discapacidad**

**Se requiere una copia de los documentos firmados por la persona que proporcione el diagnostico en el momento de llenar esta solicitud**

**Confirmado el Diagnostico/ Discapacidad:    Agencia/Ubicación del Diagnostico:    Fecha del Diagnostico**

___ Discapacidad Intelectual	_____	_____
___ Trastorno del Espectro Autista	_____	_____
___ Parálisis Cerebral	_____	_____
___ El Síndrome de Down	_____	_____
___ Otro: _____	_____	_____

Qué tipo de servicios o asistencia está buscando: \_\_\_\_\_

Ha solicitado los servicios de discapacidad intelectual/ de desarrollo antes? \_\_\_ Si \_\_\_ No

En caso afirmativo cuando y cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

### **Situación de Vida**

**Actualmente yo vivo con:** \_\_\_ Familia \_\_\_ Solo \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### **Historial Escolar**

**Para los estudiantes actuales una copia del plan más reciente de educación individualizada debe ser presentado el momento de la solicitud (IEP)**

Actual/Ultima escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Fechas en que asistió: \_\_\_\_\_



La elegibilidad se determina en parte mediante la revisión de documentos que incluyen pero no se limita a los registros psicológicos y médicos de la escuela. Si usted pide para SDSI para obtener los registros favor indicar a continuación el nombre de la agencia y la dirección de donde obtener estos registros. Usted tendrá que firmar una autorización para el uso o divulgación de información médica protegida para cada agencia en la lista.

Nombre/Agencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre/Agencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre/Agencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Firmas:**

Al firmar estoy de acuerdo que la información contenida en esta solicitud es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***\*Por favor regrese la Solicitud de Determinación de Elegibilidad al Director de Admisiones. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia llenado esta solicitud por favor póngase en contacto con la persona indicada a continuación.***

Southwest KS solicitantes llamar:  
Southwest Developmental Services, Inc.  
Justin Stevens  
Admissions Manager  
1808 Palace Dr., Suite C  
Garden City, KS 67846  
(620) 275-7521

Central KS solicitantes llamar:  
Southwest Developmental Services, Inc.  
Andrea Jacobs  
Admissions Manager  
1103 Main Street  
Great Bend, KS 67530  
(620) 793-7604