



Solicitud para Determinar Elegibilidad

Se requiere la siguiente información 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

1st Nombre de Representante Legal/ Tutor: _____

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

Tel de Casa: _____ Tel de Trabajo/Otro: _____

2nd 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 diagnóstico 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: _____

Informacion Solicitada

SDSI pide que suministre la siguiente informacion, si aplica al momento de enviar su solicitud. Por favor, revise la documentación que acompañe a la solicitud. El no hacerlo puede que cause un retraso en que la determinación de lleve a cabo.

- Copia de la tarjeta medica
- Copia de la tarjeta del Seguro Social
- Copia de Licencia de Manejar/ tarjeta de identificación
- Representación Legal/ Tutela, DCF/DOC Custodia u otro papeleo de Representación Legal
- Más reciente evaluación psicológica y/o documentación escrita del diagnostico
- Si actualmente estudiante, el IEP mas reciente

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 informacion medica protegida para cada agencia en la lista.

Nombre/Agencia: _____
Direccion: _____ Tel: _____
Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____ Fax: _____

Nombre/Agencia: _____
Direccion: _____ Tel: _____
Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____ Fax: _____

Nombre/ Agencia: _____
Direccion: _____ Tel: _____
Ciudad/ Estado/ Codigo Postal: _____ Fax: _____

Firmas:

Al firmar estoy de acuerdo que la informacion 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 Determinacion 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.
Rachel Dove
Admissions Manager
1037 Sheridan St. Ste A
Great Bend, KS 67530
(620) 793-7604