



Shawnee County
Community Developmental Disabilities Organization

"Your resource for connecting our community"

2701 SW Randolph Ave

Topeka KS 66611

(785) 232-5083

(785) 235-8041 fax

www.sncddo.org

Executive Director
Eileen Doran

Director
Robert Smith

Administrative Assistant
Christine Hurla

Liaison
Michelle Shirey

Quality Oversight & Training
Specialist
Callie Simmons

Quality Management Coordinator
Coleen Hernandez

Documentation Coordinator
Diane Hanes

Lead Assessor
Rachael Piecukonis

Assessor(s)
Paula O'Brian
Laura Higbee
Koree Bell

IT Coordinator
Shelley Duffey

Gracias por su interés en solicitar la elegibilidad para los Servicios de I/DD. Actualmente existe una lista de espera para la financiación de estos servicios. Cuanto antes se determine la elegibilidad, antes podrá ser agregado a la lista de espera.

La segunda página de este paquete le proporciona una lista de verificación de todos los documentos necesarios para determinar la elegibilidad. **La elegibilidad se determinará después de que TODOS los documentos se hayan completado y recibido con precisión.** *(Espere hasta 5 días hábiles para procesar su solicitud una vez que se devuelva toda la documentación).*

Si la persona que busca servicios no tiene un diagnóstico y necesita obtener uno, comuníquese conmigo para obtener una lista de proveedores que pueden determinar el diagnóstico.

Si se necesita información adicional para determinar la elegibilidad, se le notificará. Si la información adicional no se recibe dentro de los 90 días, su archivo se colocará en estado inactivo. Si decide volver a buscar servicios después de ese momento, puede ponerse en contacto con nosotros para comenzar de nuevo el proceso de elegibilidad.

En cualquier momento, si necesita mi ayuda, póngase en contacto conmigo. Puede comunicarse conmigo al mshirey@sncddo.org o al (785) 506-8677. El paquete puede ser entregado, enviado por correo, escaneado o enviado por fax.

Sinceramente,

Michelle Shirey
Shawnee County CDDO Liaison
2701 SW Randolph Avenue
Topeka KS 66611
Teléfono: (785) 506-8677
Fax: (785) 235-8041



Shawnee County
Community Developmental Disabilities Organization
"Your resource for connecting our community"

**Lista de verificación de todos los documentos
necesarios para determinar la elegibilidad**

Revise la lista a continuación y complete los formularios como se indica. La elegibilidad se determinará después de que se hayan recibido todos los documentos. El CDDO Liaison se comunicará con usted después de que se haya determinado su elegibilidad. Es su responsabilidad asegurarse de que los siguientes documentos se entreguen al CDDO.

Los documentos pueden enviarse por correo, fax o entregarse personalmente a:

Shawnee County CDDO
2701 SW Randolph Ave.
Topeka, KS 66611

Fax: 785-235-8041

- Solicitud de Determinación de Elegibilidad** (Incluida en el Paquete de Elegibilidad) Debe estar firmada por la persona que busca los servicios o el tutor legal para ser considerado para la elegibilidad.
- Autorización para la divulgación de información** (incluida en el paquete de elegibilidad): Esta es una divulgación que permite al CDDO intercambiar información con agencias, profesionales o escuelas involucradas.
- Registros de diagnóstico: Documentación del diagnóstico** del solicitante según lo determinado por profesionales autorizados, una evaluación psicológica, documentación de respaldo de las pruebas/evaluaciones utilizadas para determinar el diagnóstico que cumple con los criterios para los servicios de IDD (consulte la lista incluida con el paquete). Las pruebas genéticas por sí solas no cumplen con los criterios.
- Los registros escolares incluirán:** IEP, evaluación psicológica escolar, puntajes/pruebas y evaluaciones de CI y registros de la primera infancia.
- Copia de la tarjeta de seguro social**
- Copia del acta de nacimiento**
- Copia de la tarjeta de Medicaid y/o tarjeta de seguro**
- Copia de los documentos de adopción (si corresponde)**
- Copia de los documentos de tutela (si el solicitante tiene un tutor legal)**



Shawnee County
Community Developmental Disabilities Organization
"Your resource for connecting our community"

Elegibilidad para Servicios y Apoyos

Para recibir servicios y apoyos pagados con fondos federales o estatales de KDADS/MH&DD, las personas deben cumplir con los criterios de elegibilidad específicos descritos en esta sección. Es responsabilidad del CDDO asegurar que las personas apoyadas por los fondos para discapacidades del desarrollo administrados por KDADS/MH&DD cumplan con estos criterios; sin embargo, el CDDO también puede responsabilizar a cada uno de sus afiliados de garantizar esto. El uso de los fondos de discapacidad del desarrollo administrados por KDADS/MH&DD para proporcionar servicios y apoyos a personas que no cumplen con los criterios de elegibilidad puede resultar en la recuperación de esos fondos del CDDO.

De conformidad con L. 1995, Cap. 234 (Sustituto de H.B. 2458), las personas con discapacidades intelectuales o de otro tipo del desarrollo son aquellas cuya condición presenta una variación extrema en las capacidades de la población general que se manifiesta en los años de desarrollo, lo que resulta en la necesidad de servicios interdisciplinarios de por vida. Esto identifica a quienes, entre todas las personas con discapacidad, son las más discapacitadas según se define a continuación:

Discapacidad intelectual/del desarrollo significa limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual que se manifiestan durante el período desde el nacimiento hasta los 18 años de edad y se caracterizan por un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio que existe simultáneamente con déficits en el comportamiento adaptativo, incluidas limitaciones relacionadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas aplicables:

1. Comunicación
2. Cuidado personal
3. Vida en el hogar
4. Habilidades Sociales
5. Uso comunitario
6. Autodirección
7. Salud y seguridad
8. Académicos funcionales
9. Ocio
10. Trabajo

Otra discapacidad del desarrollo significa una afección como el autismo, la parálisis cerebral, la epilepsia u otro impedimento físico o mental similar (o una afección que ha recibido un diagnóstico dual de retraso mental y enfermedad mental) y se evidencia por una discapacidad grave y crónica que:

1. Se atribuye a un impedimento mental o físico o a una combinación de impedimentos mentales y físicos. **Y**
2. se *manifieste* antes de los 22 años de edad, **Y**
3. es probable que continúe indefinidamente, **Y**
4. da como resultado *limitaciones sustanciales* en tres o más de las siguientes áreas del funcionamiento de la vida:
 - a. autocuidado,
 - b. la comprensión y el uso del lenguaje,
 - c. Aprender y adaptarse
 - d. movilidad
 - e. autodirección en el establecimiento de metas y la realización de actividades para lograr esas metas

- f. Vivir de forma independiente
- g. autosuficiencia económica, **Y**

Para aclarar aún más las limitaciones funcionales sustanciales, consulte el Instrumento de Determinación de Elegibilidad (EDI) disponible en MH&DD. Este instrumento está diseñado para ayudar a evaluar áreas específicas en las que una persona demuestra limitaciones funcionales sustanciales. Hay un EDI para adultos y otro para niños.

- 5. refleja la necesidad de una *combinación y secuencia de atención especial, interdisciplinaria o genética, tratamiento u otros servicios que duren toda la vida o que tengan una duración prolongada y se planifiquen y coordinen individualmente.* **Y**
- 6. no incluye a las personas que solo tienen trastornos emocionales graves o enfermedades mentales graves y persistentes o que tienen discapacidades únicamente como resultado de las enfermedades del envejecimiento.

Para los niños menores de seis años, la discapacidad del desarrollo significa una discapacidad *grave y crónica* que:

- 1. es atribuible a un impedimento mental o físico o a una combinación de impedimentos mentales y físicos, **Y**
- 2. es probable que continúe indefinidamente, **Y**
- 3. resulta en al menos tres retrasos en el desarrollo medidos por profesionales calificados que utilizan instrumentos o procedimientos de diagnóstico apropiados, **Y**
- 4. refleja la necesidad de una *combinación y secuencia de atención, tratamiento u otros servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos que son de por vida o de duración prolongada que se planifican y coordinan individualmente,* **Y**
- 5. no incluye a las personas que solo tienen trastornos emocionales graves o enfermedades mentales graves y persistentes.

PROCEDIMIENTOS:

- 1. La CDDO (Organización Comunitaria de Discapacidades del Desarrollo) se asegurará de que todas las personas que reciben fondos estatales y/o federales cumplan con la definición de elegibilidad de I/DD.
- 2. Para recibir servicios de ICF-I/DD o HCBS/I/DD, una persona debe cumplir con los criterios de elegibilidad descritos por el Estado de Kansas según la Ley de Reforma de Discapacidades del Desarrollo.
- 3. Si se determina que no es elegible, una persona tendrá derecho a solicitar una reconsideración de la determinación de elegibilidad por parte de un tercero. La solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Shawnee County CDDO Liaison, 2701 SW Randolph Ave., Topeka, KS 66611
- 4. Si, tras la reconsideración por parte de un tercero, la persona sigue sin ser elegible, tendrá derecho a una apelación. La apelación debe presentarse por escrito dentro de los 30 días posteriores a la notificación de inelegibilidad y enviarse a:

Administration Hearings Section
1020 S. Kansas Ave.
Topeka, KS 66612



Shawnee County
Community Developmental Disabilities Organization
"Your resource for connecting our community"

Solicitud para la Determinación de Elegibilidad de I/DD

Fecha: _____

Información del solicitante

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Número de Seguro Social: _____
 Referido por: _____
 ¿Militar activo o dependiente de militares y elegible para TriCare Echo? Sí No
 Sexo: M F Estado Civil: _____ Idioma hablado: _____
 En custodia del DCF (Departamento de Niños y Familia): Sí No
 ¿Tiene Medicaid? No Sí En caso afirmativo, número de Medicaid: _____
 Si la respuesta es no, ¿ha solicitado Medicaid? No Sí - No elegible Sí - Solicitud en proceso
 Seguro Médico: No Sí Compañía: _____
 Tarjeta Médica: No Sí Número de Tarjeta: _____

Información de contacto de los padres (para solicitantes menores de 18 años)

Nombre de los padres: _____ Dirección de correo electrónico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Información de contacto del tutor legal (para solicitantes mayores de 18 años o niños bajo custodia)

Nombre del tutor: _____ Dirección de correo electrónico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Otra información de contacto (si corresponde):

Otro contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Información Médica/Psicológica

Diagnósticos: _____

NOTA: Incluya el nombre del centro donde se realizaron los diagnósticos anteriores en la sección a continuación y recuerde completar también una Divulgación de información (incluida en el Paquete de elegibilidad) para este centro.

Edad de inicio de la discapacidad: _____ Antecedentes de convulsiones (en los últimos 5 años): Sí No
Enumere cualquier impedimento físico / inquietud médica:

Evaluaciones de Hospitales Médicos / Centros de Diagnóstico: (Incluya el nombre de la ciudad y el estado)

1. Instalación: _____ Fecha: (mes/año) _____

2. Instalación: _____ Fecha: (mes/año) _____

Historia de los Servicios de Salud Mental / Hospitales: (Incluya el nombre de la ciudad y el estado)

1. Instalación: _____ Fecha: (mes/año) _____

2. Instalación: _____ Fecha: (mes/año) _____

Colocación en otras instalaciones de I/DD: (Incluya el nombre de la ciudad y el estado)

1. Instalación: _____ Fecha: (mes/año) _____

2. Instalación: _____ Fecha: (mes/año) _____

Background Information

Nombre de la escuela actual o de la última a la que asistió: _____

Ciudad/Estado: _____ Nivel de grado más alto alcanzado: _____

Nombre del profesor actual: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Asistió a clases de educación especial: Sí No Fecha de graduación: _____

Involucrado con la Rehabilitación Vocacional a través del DCF (Departamento de Niños y Familias) No Sí

Empleado actualmente: No Sí En caso afirmativo, nombre del empleador: _____

Cualquier empleo anterior: _____

Al firmar con mi nombre a continuación, acepto que la información proporcionada en esta solicitud es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada se utilizará para determinar si el solicitante cumple con los criterios de elegibilidad. Estoy de acuerdo con una investigación completa de la elegibilidad, incluidas las consultas de los médicos y otros profesionales y la divulgación de los registros que pueden ayudar a determinar la elegibilidad del solicitante. Estoy de acuerdo en obtener los informes necesarios para determinar la elegibilidad y proporcionarlos al CDDO.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



Shawnee County
Community Developmental Disabilities Organization
"Your resource for connecting our community"

Autorización para la divulgación de información

Yo, _____ por la presente, autorizo al Shawnee County CDDO a divulgar información, obtener información e intercambiar información con:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kansas Rehabilitation Services | <input type="checkbox"/> Médico _____ |
| <input type="checkbox"/> KDADS/DCF/KDHE | _____ |
| <input type="checkbox"/> USD _____, Agencia Local de Educación | _____ |
| <input type="checkbox"/> CSP _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> CSP _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> CSP _____ | _____ |

Con respecto a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

La información escrita, verbal y electrónica que debe divulgarse, obtenerse o intercambiarse es:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información de referencia | <input type="checkbox"/> Servicios prestados | <input type="checkbox"/> Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Liberación de registros | <input type="checkbox"/> Médica | <input type="checkbox"/> Registros educativos |
| <input type="checkbox"/> Historia social | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
- (Especifique)

La información debe utilizarse para la determinación de la elegibilidad y la continuidad de la atención.

Este consentimiento permanecerá vigente a partir de la fecha de firma, a menos que se revoque y/o modifique a continuación.

Entiendo que puedo revocar esta solicitud por escrito en cualquier momento, excepto por las medidas ya tomadas. La revocación debe hacerse por escrito a: SNCDDO 2701 SW Randolph, Topeka, KS 66611.

_____ recibí la Guía de Recursos de CDDO y la Lista de Proveedores Afiliados y sé que se puede acceder a ella en www.sncddo.org

_____ He sido informado del contenido de la Guía de Recursos de CDDO y la Lista de Proveedores Afiliados y rechacé una copia.

_____ Doy mi consentimiento para que mi nombre y dirección se compartan con todos los proveedores de servicios comunitarios con licencia que Solicitar el nombre y la dirección de las personas que esperan los servicios.

Este consentimiento autoriza que una copia se considere tan válida como el original.

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO A MENOS QUE LA INFORMACIÓN ESTÉ COMPLETA EN EL REVERSO

- Entiendo que, según las disposiciones de confidencialidad estatales y federales, solo la información especificada puede divulgarse solo a la persona o agencia especificada.
- También entiendo que el Shawnee County CDDO no puede asegurar que el destinatario mantendrá la confidencialidad de esta información que usted ha autorizado a divulgar.
- También entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la persona u organización autorizada para recibir esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud o no está cubierta por las leyes federales de privacidad y la divulgación ya no puede estar protegida por las reglas federales de confidencialidad o HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico). Entiendo que ciertas personas u organizaciones no pueden volver a divulgar información sobre el tratamiento por abuso de sustancias.
- También entiendo que esta versión **seguirá siendo válida a menos que se revoque y/o cambie**.
- También entiendo que si estoy bajo supervisión legal/judicial/libertad condicional, esta autorización permanecerá vigente y no podrá ser revocada por mí hasta que:
 - Ha habido una terminación o revocación formal y efectiva de mi liberación del confinamiento, la libertad condicional, la libertad condicional u otro procedimiento bajo el cual se me ordenó el tratamiento.
 - Otros momentos en los que se puede revocar la autorización:

- Verifico que he hecho y recibido respuestas a todas las preguntas.
- Autorizo el uso o divulgación de los registros/información descritos. He leído y entiendo este formulario. Soy la persona que recibe los servicios o el tutor autorizado para actuar en nombre de la persona que recibe los servicios.
- Entiendo que la foto es parte del registro permanente de CDDO para ser utilizado en caso de una emergencia.

Firma del cliente

Fecha

Firma del tutor legal (si corresponde)

Fecha

AGENCY USE ONLY:

Date Information Released: _____ By Whom: _____

Check One: By Phone By mail In Person Electronic Fax Other

PROHIBICIÓN DE REDIVULGACIÓN: ESTA INFORMACIÓN LE HA SIDO REVELADA A PARTIR DE REGISTROS PROTEGIDOS POR LAS REGLAS FEDERALES DE CONFIDENCIALIDAD, 42 CFR PARTE 2. LAS REGLAS FEDERALES LE PROHÍBEN HACER CUALQUIER OTRA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A MENOS QUE LA DIVULGACIÓN ADICIONAL ESTÉ EXPRESAMENTE PERMITIDA POR EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA A LA QUE PERTENECE O SEGÚN LO PERMITA 42 CFR, PARTE 2. UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRO TIPO NO ES SUFICIENTE PARA ESTE PROPÓSITO. CUALQUIER PERSONA QUE VIOLARE CUALQUIER DISPOSICIÓN DE ESTA LEY SERÁ MULTADA CON NO MÁS DE \$500 EN EL CASO DE UNA PRIMERA OFENSA Y NO MÁS DE \$5000 EN EL CASO DE CADA OFENSA SUBSIGUIENTE