

Solicitud de determinación de inscripción en la DDA

Request for DDA Enrollment Determination

For Office Use Only (Para uso exclusivo de la oficina)
<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Reapplication DDA Number:

Información del solicitante				
Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido	
			Fecha de nacimiento	
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No informado / desconocido	Estado civil <input type="checkbox"/> Nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Con pareja, sin casarse <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Afiliación tribal Número del Seguro Social Máximo nivel o tipo de preparación académica	
	Necesidades de comunicación del solicitante Necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Traducir documentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma principal escrito:			Habla inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado Entiende el inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado Idioma principal hablado:
	Códigos étnicos (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii / Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> No informado		Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medicare <input type="checkbox"/> Sí; tipo: <input type="checkbox"/> No Otro seguro:	Situación de vivienda habitual del solicitante <input type="checkbox"/> Institución para adultos autorizada <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda de un pariente <input type="checkbox"/> Menor - cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Hospital, médico <input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Institución correccional / Cárcel <input type="checkbox"/> Hospital, psiquiátrico <input type="checkbox"/> Vivienda de los padres <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Otro, describa:			
Calle y número	Ciudad	Estado	Código postal	
			Condado de residencia	
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	
			Washington es su residencia militar registrada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de teléfono principal () -	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes	Otro número de teléfono () -	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes	
Dirección de correo electrónico				
Escriba los distritos escolares a los que asistió y las fechas				
Díganos por qué presenta su solicitud				

Discapacidad del desarrollo y edad en que se observó por primera vez

Edad del primer diagnóstico:

- Autismo Epilepsia Parálisis cerebral
 Discapacidad intelectual Trastorno cromosómico Trastorno neurológico
 Retraso del desarrollo

Solicitud de servicio de determinación de discapacidad

¿El solicitante ha solicitado beneficios por discapacidad del Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad o asistencia médica no relacionada con subsidios del DSHS durante el último año? Sí No

Información del representante

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Idioma principal
			Intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	Traducción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------------------	--------	--------	---------------	--

Número de teléfono principal () -	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes	Otro número de teléfono () -	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes
---------------------------------------	---	----------------------------------	---

Dirección de correo electrónico

Tipo de relación y rol	Relación legal (documentos adjuntos)	Vive con el solicitante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------	--------------------------------------	--

Nombre de otro representante / Rol / Correo electrónico

Nombre de otro representante / Rol / Correo electrónico

Firma(s)

Firma del solicitante adulto	Fecha
------------------------------	-------

Firma del padre/madre o representante legal	Fecha	Relación legal
---	-------	----------------

Instrucciones de la solicitud de determinación de inscripción en la DDA

Lista de documentos requeridos Esta solicitud no puede ser aceptada sin los documentos requeridos.

- Solicitud firmada con todas las partes contestadas.
- Formulario de HIPAA firmado (Aviso de prácticas de privacidad).
- Consentimiento para el intercambio de información confidencial firmado –incluir números telefónicos de todos los contactos. Los solicitantes de 13 años o más deben firmar.
- Si existe un representante legal, copias de los documentos de tutela u otros documentos legales que demuestren sus facultades.

Información del solicitante: El solicitante es la persona para la que se solicita la inscripción en la DDA.

Nombre del solicitante: Escriba el nombre legal del solicitante. No escriba apodos.

Fecha de nacimiento: Escriba el mes, día y año de la fecha de nacimiento del solicitante.

Género: Elija la respuesta que sea más aplicable, o bien desconocido/no informado si el solicitante prefiere no responder esta pregunta.

Estado civil del solicitante: Indique el estado civil actual del solicitante.

Comunicación: Indique el o los métodos de comunicación del solicitante. Si el solicitante requiere un intérprete o la traducción de la correspondencia escrita, marque la casilla para indicar Sí. Indique si el solicitante habla, entiende, o tiene inglés limitado. Escriba el idioma o método de comunicación principal, hablado y escrito, del solicitante, incluyendo Lenguaje de Señas Americano (por sus siglas en inglés, "ASL") u otro lenguaje de señas, Braille, o si el solicitante utiliza un TDD u otro dispositivo de comunicación.

Afiliación tribal: Escriba la afiliación tribal del solicitante, si la tiene. Si no la tiene, escriba "N/A".

Número de Seguro Social: Escriba el número de Seguro Social del solicitante, si lo tiene.

Preparación académica: Escriba el nivel o tipo más alto de preparación académica alcanzado por el solicitante.

Códigos étnicos: Indique la(s) respuesta(s) que mejor describa(n) el origen étnico del solicitante.

Hispano: Si el solicitante es hispano, indique Sí.

Medicare: Si el solicitante recibe Medicare, indique Sí. Escriba el o los tipos de Medicare: A, B, C, D.

Otro seguro: Escriba el nombre de cualquier otro plan de seguro de salud (gubernamental o privado), si existe.

Situación de vivienda habitual del solicitante: Marque la casilla que describa mejor la situación de vivienda actual del solicitante.

Información de contacto: Escriba la dirección de la residencia actual del solicitante, su dirección postal y su número de teléfono.

Distritos escolares: Escriba los distritos escolares a los que asistió el solicitante; incluya un número de teléfono de cada distrito. Si desea que solicitemos expedientes, los distritos escolares deben estar incluidos en el Consentimiento.

Motivos para hacer la solicitud: Escriba los motivos para hacer la solicitud, y escriba los servicios que le interesan al solicitante o a su familia.

Discapacidad del desarrollo: Indique uno o más diagnósticos del solicitante y la edad del solicitante cuando recibió el diagnóstico por primera vez. Utilice otra hoja de papel si desea para dar más detalles.

Solicitudes por discapacidad: Indique si el solicitante ha solicitado una determinación de discapacidad durante el último año. Esta podría haber sido para Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad o asistencia médica no relacionada con subsidios. Esta información puede ayudarnos a localizar expedientes.

Información del representante: Nombre e información de contacto de alguien que podrá ponerse en contacto con el solicitante, o darnos información de contacto en caso de que no podamos comunicarnos con el solicitante. **Idioma principal:** Escriba el idioma e indique si necesita interpretación o traducción.

Tipo de relación / Rol: Escriba cómo es que el representante conoce al solicitante o cuál es su relación.

Representante legal: Escriba la relación legal, si existe. Un representante legal es un padre o madre de un hijo menor de dieciocho años que tenga facultades para tomar decisiones legales; un tutor legal de una persona; un tutor limitado de una persona cuando el tutor limitado tiene facultades sobre las decisiones de cuidado de la salud; el abogado de una persona; el apoderado de una persona (alguien con poder notarial que ha sido autorizado para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud); o cualquier otra persona que esté facultada por la ley para actuar en nombre de la persona en cuestión. La solicitud debe incluir la documentación de la relación legal.

Firma del solicitante o del representante legal Si el solicitante es menor de 18 años, su padre, madre o representante legal debe firmar y fechar la solicitud. Si el solicitante tiene 18 años o más, el solicitante o su representante legal debe firmar y fechar la solicitud.

Devuelva la solicitud y los documentos requeridos a la oficina correspondiente, cuyos datos aparecen a continuación.

Oficinas centrales de la Región 1 (Condados a los que da servicio: Adams, Asotin, Benton, Chelan, Columbia, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Kittitas, Klickitat, Lincoln, Okanogan, Pend Oreille, Spokane, Stevens, Walla Walla, Whitman, Yakima)

1611 W Indiana Ave

Spokane, WA 99205-4221

Línea sin costo: 1-800-462-0624

Oficinas centrales de la Región 2 (Condados a los que da servicio: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

20311 52ND Ave W Ste 302

Lynnwood, WA 98036-3901

Línea sin costo: 1-800-788-2053

Oficinas centrales de la Región 3 (Condados a los que da servicio: Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 Tacoma Ave S Ste 300

Tacoma, WA 98402-1903

Línea sin costo: 1-800-248-0949

Para obtener más información sobre la elegibilidad para la DDA, visite

<https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.