

## Solicitud de determinación de inscripción en la DDA

### Request for DDA Enrollment Determination

**For Office Use Only**  
(Para uso exclusivo de la oficina)

Initial  Reapplication

DDA Number:

#### Información del solicitante

Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
<b>Género</b> <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	<b>Estado civil</b> <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)			<b>Afiliación tribal</b>
	<b>Número del Seguro Social</b>			
	<b>Máximo nivel o tipo de preparación académica</b>			

#### Necesidades de comunicación del solicitante

Necesita un intérprete:  Sí  No  
 Traducir documentos:  Sí  No  
 Idioma principal escrito:

Habla inglés:  Sí  No  Limitado  
 Entiende el inglés:  Sí  No  Limitado  
 Idioma principal hablado:

#### Códigos étnicos (marque todas las opciones que correspondan)

Nativo americano o de Alaska  Negro o afroamericano  
 Blanco  Asiático  Nativo de Hawaii / Otro isleño del Pacífico  
 No informado

Hispano  
 Sí  No

#### Medicare

Sí; tipo:

No

Otro seguro:

#### Situación de vivienda habitual del solicitante

Institución para adultos autorizada  Sin hogar  
 Vivienda de un pariente  Menor - cuidado de crianza  
 Hospital, médico  Vivienda propia  
 Institución correccional / Cárcel  Hospital, psiquiátrico  
 Vivienda de los padres  Casa de reposo  
 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:  
 Sí  No

Número de teléfono principal  Celular  Domicilio  Trabajo  Mensajes  
 ( ) - Otro número de teléfono  Celular  Domicilio  Trabajo  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 52<sup>ND</sup> 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>.