



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

1st 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)

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 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.
Ashley Schultz
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