|  |
| --- |
| 1. **Información del solicitante**   **Nombre legal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apellido legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Inicial del segundo nombre:** \_\_\_\_\_\_ **Sufijo:** \_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sexo (marque con un círculo):** Masculino o Femenino  **Número de seguro social\*: \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ Número de identificación de Medicaid (si lo conoce)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Raza** (solo para fines de datos):  Blanco   Afroamericano   Asiático   Nativo americano o de Alaska  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre de soltera de la madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Seleccione al menos un diagnóstico de discapacidad del desarrollo para la consideración de elegibilidad:**   Autismo   Parálisis cerebral   Discapacidad intelectual  Síndrome de Prader-Willi  ☐ Espina bífida ☐ Síndrome de Down   Síndrome de Phelan McDermid  Entre 3 y 5 años y con alto riesgo de desarrollar una discapacidad del desarrollo (si selecciona esta casilla, explique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Consulte la Guía rápida: Solicitud de servicios de APD para utilizar a modo de referencia para la documentación de pruebas de diagnóstico).  **Otro diagnóstico (si procede)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Información de contacto del solicitante:**  **Dirección**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ciudad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Método de comunicación preferido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono**  o \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Correo electrónico**  **Idioma preferido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Representante legal del solicitante:** Complete la información si el solicitante tiene un representante legal. **(***Para los solicitantes menores de 18 años, esto incluye al padre/la madre, a un sustituto para la atención sanitaria o a cualquier persona designada por el padre/la madre del menor para actuar en su nombre. Para los solicitantes mayores de 18 años, esto podría incluir al solicitante, a cualquier persona designada por el solicitante a través de un poder notarial o un poder permanente de representación, un representante médico en virtud del capítulo 765, F.S, o cualquier persona designada por un tribunal de Florida como tutor o defensor del tutor en virtud del capítulo 393 o 744, F.S)* Pase a la sección Información sobre el hogar si el solicitante no tiene un representante legal.  **Nombre del representante legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apellido del representante legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre del representante legal:** \_\_\_\_\_\_ **Sufijo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tipo de representante legal:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Método de comunicación preferido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono**  o \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Correo electrónico**   1. **Información sobre el hogar:** (Complete esta sección si el solicitante tiene un cuidador principal).   **Nombre legal del cuidador principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fecha de nacimiento del cuidador:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Tiene el cuidador principal problemas de salud que le impidan seguir prestando cuidados?**  Sí o  No  **En caso afirmativo, indique los problemas médicos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿El cuidador principal presta también atención primaria a un menor, a un anciano o a otra persona con discapacidad?**  Sí o  No  **En caso afirmativo, explique:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Las responsabilidades actuales del cuidador le impiden tener un empleo?**  Sí o  No  **¿Tiene el solicitante un hermano o una discapacidad del desarrollo?**  Sí o  No |
| 1. **Miembro del servicio militar activo** (si responde No a la primera pregunta, pase a la sección 4).   **¿Es el padre/madre o tutor legal del solicitante un miembro del servicio militar activo?**  Sí o  No  **En caso afirmativo, identifique por su nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Fue la familia trasladada a FL como parte de la asignación militar?**  Sí o  No  **En caso afirmativo, ¿recibió el solicitante servicios de exención basados en el hogar y la comunidad en otro estado?**  Sí o  No |
| 1. **Residencia**   **¿Es el solicitante residente permanente del Estado de Florida?**  Sí o  No  **Si el solicitante es menor de edad, ¿está el padre o tutor legal domiciliado en Florida?**  Sí o  No  En muchos casos, la APD puede verificar la residencia o ciudadanía en Florida de los solicitantes a través de la información proporcionada en este formulario de solicitud. Si es necesario, la APD puede solicitar información o documentación adicional para verificar la residencia o ciudadanía con el fin de completar su solicitud. |
| 1. **Evaluaciones de elegibilidad**   **Si es necesario, ¿acepta participar en las evaluaciones clínicas que puedan ser necesarias para determinar la elegibilidad para la APD?**  Sí o  No |
| 1. **He recibido una copia del:**   Aviso de procedimientos de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)  Consentimiento para obtener o divulgar información médica protegida |
| 1. **Inscripción de votantes: PUEDE APLICAR PARA REGISTRARSE PARA VOTAR** [**AQUÍ**](https://dos.fl.gov/elections/forms-publications/forms/) **(Formulario DS-DE-77):**   Consulte el "Formulario/Solicitud de Preferencia de la Ley Nacional de Registro de Votantes" (Formulario DS-DE 77 del Departamento de Estado), incorporado por referencia en la Norma 1S-2.048 del *Código Administrativo de Florida*. |
| 1. **CERTIFICACIÓN Y FIRMA**   **Al firmar esta solicitud, entiendo, reconozco y certifico, bajo pena de perjurio, lo siguiente:**   * Que toda la información proporcionada está completa y es exacta. * Que es mi responsabilidad mantener informada a la Agencia de cualquier cambio de dirección, correo electrónico o número de teléfono y que el no hacerlo puede dar lugar a que mi solicitud no sea procesada o al cierre del caso. * Que proporcionar declaraciones falsas a sabiendas constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede dar lugar a la denegación de mi solicitud. * Que se podrá solicitar en cualquier momento información y/o documentación adicional relacionada con mi solicitud.   **Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma del representante legal** (si procede): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre de la persona que ayuda al solicitante con la solicitud** (si procede):  **Nombre y apellido en letra imprenta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Relación con el solicitante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma de la persona que asiste al solicitante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**La ley federal requiere la recopilación de su número de seguro social como condición de elegibilidad para los beneficios de Medicaid bajo el Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 42 1320b-7 y la agencia recopilará, usará y divulgará el número para fines administrativos según lo autorice la ley.**