|  |
| --- |
| 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 [ ]  NoEn 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.**