

GUÍA DEL USUARIO DEL SISTEMA DE SOLICITUDES EN LÍNEA (OAS)

Guía del usuario para solicitantes sobre cómo
navegar por el OAS

Explicación del Sistema de Solicitudes en Línea (OAS)

Índice

Introducción.....	2
Registro de la cuenta de usuario.....	2
Crear una cuenta nueva	9
Iniciar sesión	13
Consejos de navegación	15
Volver para completar una solicitud en curso	17
Cómo completar la solicitud	18
Subir documentos	30
Solicitud en caso de crisis (opcional)	35
Cómo enviar la solicitud	39
Descargar una copia de la solicitud presentada.....	42
Próximos pasos.....	46
Correo electrónico de confirmación del envío	46
Comprobación del estado de la solicitud	47
Definiciones del estado de las solicitudes	47
Definiciones del estado de las solicitudes en casos de crisis	48
¿Tiene preguntas?	49

Introducción

De conformidad con el artículo 393.065 de los Estatutos de Florida, la Agencia para Personas con Discapacidades (APD) tiene la obligación de desarrollar e implementar un sistema de solicitud en línea que permita la presentación electrónica, sin papel, de las solicitudes de servicios.

El Sistema de Solicitud en Línea (OAS) se ha diseñado para que los solicitantes puedan:

- Solicitar servicios en línea
- Adjuntar la documentación justificativa a la solicitud en línea
- Recibir un correo electrónico de confirmación para acusar recibo de la solicitud enviada
- Comprobar el estado de la solicitud que han presentado

Esta guía del usuario se ha elaborado para ayudar a los solicitantes en el proceso de solicitud en línea.

Registro de la cuenta de usuario

Para iniciar el proceso de solicitud, los solicitantes o sus representantes deberán registrarse para obtener una cuenta segura. En esta sección se guía al usuario a través de los pasos para registrarse y confirmar su cuenta.

Nota: Una vez creada la cuenta de usuario, se puede gestionar a través del enlace de la aplicación “Gestionar mi cuenta de usuario”.

La APD ha elaborado una guía rápida para ayudar a los solicitantes y a sus familias a lo largo del proceso de solicitud y de solicitud de ayuda en situaciones de crisis. Utilice la [Guía rápida: solicitar los servicios de APD](#) para informarse sobre la documentación necesaria para presentar una solicitud. Utilice la [Guía rápida: solicitar una revisión de crisis](#) para informarse sobre los criterios de inscripción en la exención por crisis y los requisitos de documentación.

Los solicitantes o sus representantes pueden acceder al OAS desde cualquier dispositivo electrónico con conexión a Internet y un navegador. Esto incluye computadoras, dispositivos Apple, computadoras portátiles, tabletas y teléfonos inteligentes.

Para empezar, acceda a la aplicación en <https://applynow.apd.myflorida.com/>.

En la página de inicio, el solicitante o su representante encontrarán una serie de criterios preliminares que les ayudarán a determinar si están listos para iniciar el proceso de solicitud.

1. El solicitante tiene 3 años o más.
2. El solicitante vive en Florida.
 - a. Entre los documentos que pueden utilizarse como prueba de residencia en Florida se incluyen:
 - i. Licencia de conducir o documento de identidad de Florida
 - ii. Tarjeta de inscripción en el censo electoral de Florida
 - iii. Declaración de domicilio presentada ante un tribunal de Florida
 - iv. Solicitud de exención por vivienda habitual
 - v. Contrato hipotecario o de arrendamiento
 - vi. Expedientes laborales/académicos
3. El solicitante tiene una discapacidad del desarrollo que se presentó antes de los 18 años.
 - a. Una discapacidad del desarrollo es, como mínimo, uno de los siguientes diagnósticos
 - i. Discapacidad intelectual (coeficiente intelectual a escala completa de 70 o menor)
 - ii. Formas graves de autismo
 - iii. Espina bífida o mielomeningocele
 - iv. Parálisis cerebral
 - v. Síndrome de Prader-Willi
 - vi. Síndrome de Down
 - vii. Síndrome Phelan-McDermid
 - viii. Síndrome de Tatton-Brown-Rahman
 - ix. Personas de entre 3 y 5 años con alto riesgo de padecer una discapacidad del desarrollo

Para obtener más información sobre la documentación necesaria para solicitar los servicios, visite: <https://apd.myflorida.com/services/guide.htm>.

Al iniciar el proceso, la página “Am I Ready?” mostrará información sobre cómo funciona el proceso de solicitud. Haga clic en los enlaces para obtener más información.

Am I Ready?

Welcome to the Agency for Persons with Disabilities (APD) Online Application System (OAS) where you can submit an initial application to become an APD client and/or apply for Crisis Waiver Enrollment. The system will allow you to submit an initial application for APD services if:

- You have never applied before;
- You previously applied and were determined to be ineligible for APD services; or,
- You were previously an APD client and your case was closed.

[Click here to access our Quick Guide: Applying for APD Services](#)

[Click here to access OAS User Guide](#)

If you need to apply for Crisis Waiver Enrollment, you must either be an initial applicant for APD services or an active APD client not currently receiving iBudget Waiver services. To apply for Crisis Waiver Enrollment, simply click on the Crisis Application section when prompted to do so. To submit a Crisis Application, you must meet one or more of the following circumstances:

- You are homeless, living in a homeless shelter, or living in an unsafe environment,
- Your primary caregiver can no longer provide care for you due to an illness or extreme duress, or
- You have behaviors that without the immediate provision of waiver services may create a life-threatening situation for you or others

[Click here to access our Quick Guide: Requesting Crisis Review](#)

The below are pre-screening items that the APD uses to determine eligibility.

- The applicant is 3 years of age or older.
- The applicant lives in Florida.
- Does the applicant have a diagnosis of a developmental disability?
- Did this condition manifest before the age of 18?

[Continue](#)

Already have an account? Login here.

[LOGIN](#)

New?

[CREATE ACCOUNT](#)

Cuando el solicitante o su representante estén listos, pueden hacer clic en el botón “Continuar” para consultar los derechos y responsabilidades de los solicitantes. Al hacer clic en las flechas hacia abajo, se muestra la información relativa a los derechos y las responsabilidades.

Rights and Responsibilities

You have the right to ▼

You have the responsibility to ▼

[I ACCEPT](#)

[I DECLINE](#)

Rights and Responsibilities

You have the right to

- Apply for help and to have your eligibility decided without us looking at your race, color, sex, age, disability, religion, national origin (place of birth), or political belief. If you have a disability that limits you in any way, please tell us so we can make accommodations to assist you. The Agency for Persons with Disabilities – State of Florida (APD) is an equal opportunity provider.

You have the responsibility to

NOTE: You have these same responsibilities if you are applying on behalf of someone else.

- Give us complete and correct proof of requested information, within the time limits given to you, to determine if you are eligible for services.

I ACCEPT

[I DECLINE](#)

© 2026 - APD Florida Online Application System (OAS) - [Privacy](#)

Una vez que haya leído esta información, haga clic en “I Accept” (Acepto) para pasar a la pantalla “Ready to apply? Here’s How it works.” (¿Todo listo para presentar su solicitud? Aquí verá cómo funciona). Al hacer clic en “I Decline” (No Acepto), el usuario volverá a la pantalla de “Am I Ready?”.

Ready to apply? Here's how it works.



Step 1: Fill in and submit your application

What to expect

- Please allow ample time to complete all sections of the application as well as gathering and uploading necessary documentation.
- Please create a user account to start an application.
- Fill out as much as you can, as that can speed up your application process.

Step2: Upload documents

Type of documents you may need to provide ^

In many instances, the Agency for Persons with Disabilities (APD) can verify Florida residency for applicants through information provided on the application form. If necessary, APD may request additional information or documentation to verify residency.

1. Identity & Domicile Verification

For all applicants, one or more of the following documents may be needed:

- Copy of Birth Certificate
- Social Security Card
- A copy of a valid Florida driver's license
- U.S. passport
- Federal, state, or local government issued photo ID
- School Photo ID (accepted for children under the age of 16)
- A military dependent's ID card
- Certificate of Indian Blood
- Native American tribal document

Parents of applicants under the age of 18 can submit one of the following: U.S. military card or draft record, U.S. Coast Guard Merchant Mariner card, federal, state, or local government issued photo ID

Applicants born in another country who do not have US Citizenship, provide the following: Please submit the immigration documentation that shows your status as a resident alien, qualified alien, or legal immigration status, and proof of domicile in Florida.

2. Diagnosis Verification (these could be lengthy in numbers of pages/volume of records)

For APD to begin the eligibility process, please submit diagnosis documentation along with the application. Please note that the Quick Guide: Applying for APD Services is a reference only and not an exhaustive list. If necessary, APD may request additional information or documentation in order to complete your application.

- Diagnostic testing and evaluation
- Medical records
- Reports and records from schools
- Assessments and evaluations from various kinds of doctors
- Genetic testing



Step3: We'll review your application

Back

Continue

Una vez que haya revisado toda la información, haga clic en el botón “Continue” (Continuar) para pasar a la página de “Helpful Tips” (Consejos útiles).

Helpful Tips

Fill out as much as you can. We'll need at least the details below:

Name, Social Security Number, Date of birth, Address & Signature

After that, you can submit your application at any time.



To protect your privacy, your data will be lost after 15 minutes of inactivity.

*Required

Questions marked "required" must be answered. The others are optional.

You must use the Save and Continue and Back buttons, to navigate through the application.

Save and Continue

Click the "Save and Continue" button when you are done with a question. This will also save your information.

Back

Click the "Back" button to return to the previous step.

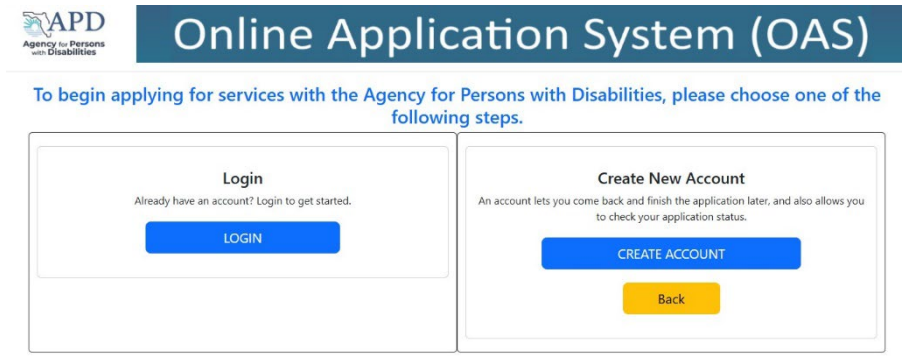
Back

Continue

Después de consultar la página "Helpful Tips" (Consejos útiles), haga clic en el botón "Continue" (Continuar) para iniciar sesión si ya tiene una cuenta, o haga clic en "Create Account" (Crear cuenta) si aún no tiene una.

Crear una cuenta nueva

En la página “Login/Create New Account” (Iniciar sesión/crear una cuenta nueva), haga clic en el botón “Create Account” (Crear cuenta).



The screenshot shows the 'Online Application System (OAS)' interface. At the top left is the APD logo. A dark blue header bar contains the text 'Online Application System (OAS)'. Below this, a blue instruction line reads: 'To begin applying for services with the Agency for Persons with Disabilities, please choose one of the following steps.' There are two main white boxes side-by-side. The left box is titled 'Login' and contains the text 'Already have an account? Login to get started.' with a blue 'LOGIN' button below it. The right box is titled 'Create New Account' and contains the text 'An account lets you come back and finish the application later, and also allows you to check your application status.' with a blue 'CREATE ACCOUNT' button and a yellow 'Back' button below it.

La cuenta de usuario puede crearse utilizando el nombre del solicitante o el nombre de su representante legal. Es importante que la persona que utilice la cuenta tenga acceso a la dirección de correo electrónico con la que se ha creado la cuenta, ya que se enviará un código de validación a esa dirección. Será necesario introducir el código de validación antes de que la persona que solicita la cuenta pueda continuar.

En la página de registro de la cuenta de usuario, el usuario deberá rellenar todos los campos.

Cuando complete esta página, asegúrese de guardar la contraseña para poder acceder a ella la próxima vez que inicie sesión.

El usuario de la cuenta deberá elegir un PIN que pueda recordar. Esto será necesario si se elige la llamada telefónica como método de autenticación o si se necesita ayuda para restablecer la contraseña.

User Account Registration

First Name (*Required)

Middle Name (optional)

Last Name (*Required)

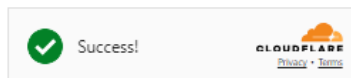
Email (*Required)

Mobile Phone Please enter only numbers (*Required)

Password (*Required)

Confirm password (*Required)

User generated PIN Please enter only numbers (*Required)



Save and Continue

Start Over

El usuario de la cuenta recibirá un correo electrónico con el código de validación.

Date: November 1, 2024 at 8:59:26 AM EDT

To: Hide My Email <twin_vistas0b@icloud.com>

Subject: Email from APD Online Applications

Reply-To: APD Online Applications User Account Service

<apd.apps.noreply_at_apdfl_onmicrosoft_com_j94eg272xk0bc4_c59q1675@icloud.com>

>

Dear Michael Test,

Please enter the following code in the Validation Code field on the User Email Validation Form:

P3WRPF

User Email Validation

Validation Code: (*Required)

P3WRPF

Submit

Email (Please check email address before clicking Resend Validation Code):

twin_vistas0b@icloud.com

Resend Validation Code

Una vez validada la dirección de correo electrónico, aparecerá una pantalla de confirmación. Esto les indicará que recibirán un correo electrónico con sus datos de acceso.

Registration Confirmation

Thank you... You will receive your login information via email in the next few minutes with instructions on how to activate your account. Please make sure to complete the activation steps in order to begin your application.

Close

El correo electrónico incluirá el nombre de usuario y el enlace para activar la cuenta. Haga clic en el enlace para activar la cuenta.

Subject: Email from APD Online Applications
Importance: High

Dear External Account,

Thank you for registering with APD Online Application for Services. Please use the link below to activate your APD Online Application account.

Your login name is bamboos-reliant08.icloud.com@apdtest.fl.local.7

Upon activating your account, you will be redirected to the login page to begin your application submission.

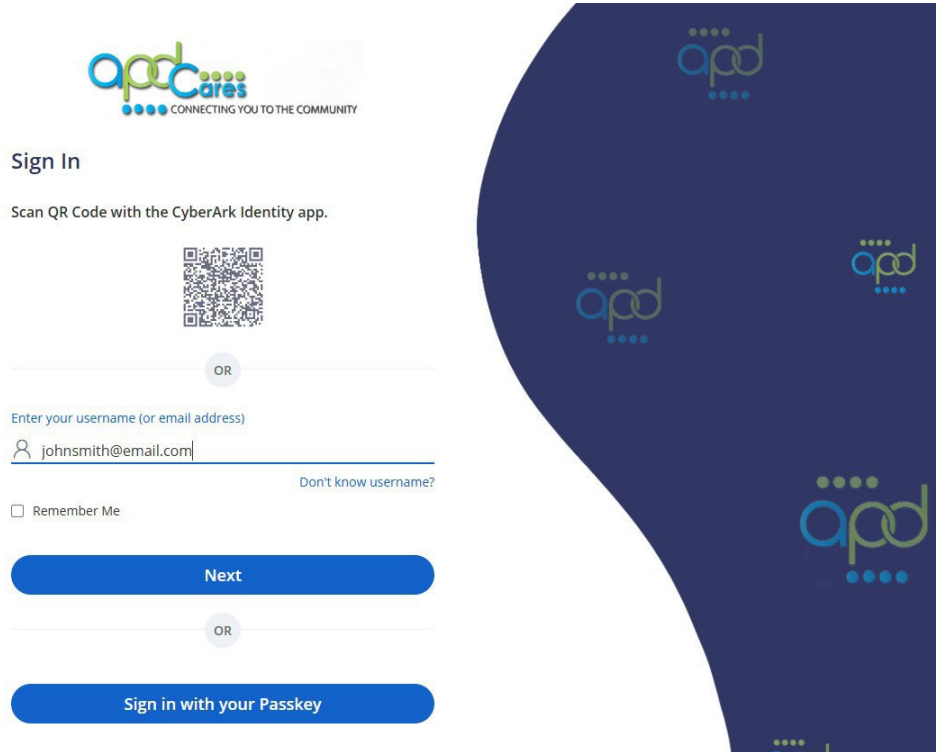
[Click here to activate your APD Online Application account](#)

If you need assistance, please contact at 1-866-APD-CARES (1-866-273-2273).

Thank you.

Iniciar sesión

Una vez activada la cuenta, se redirigirá al usuario al portal de usuario. Introduzca el nombre de usuario que figura en el correo electrónico (si no aparece ya rellenado) y haga clic en “Next” (Siguiente).



The screenshot shows the 'Sign In' page for APD Cares. At the top is the APD Cares logo with the tagline 'CONNECTING YOU TO THE COMMUNITY'. Below the logo is the 'Sign In' heading. A message says 'Scan QR Code with the CyberArk Identity app.' followed by a QR code. Below the QR code is a horizontal line with 'OR' in the center. Underneath is a text input field labeled 'Enter your username (or email address)' containing the text 'johnsmith@email.com'. To the right of the input field is a link that says 'Don't know username?'. Below the input field is a checkbox labeled 'Remember Me'. A large blue button labeled 'Next' is positioned below the checkbox. Another horizontal line with 'OR' in the center is below the 'Next' button. At the bottom is a blue button labeled 'Sign in with your Passkey'. The right side of the image shows a dark blue curved background with multiple APD logos.

Introduzca la contraseña creada durante el registro de usuario y haga clic en “Next” (Siguiente).

Una vez iniciada la sesión correctamente, se abrirá la página de bienvenida del OAS.

Welcome! Amanda Test

If you do not see your application in the list below; please start a new application.

[New Application](#)

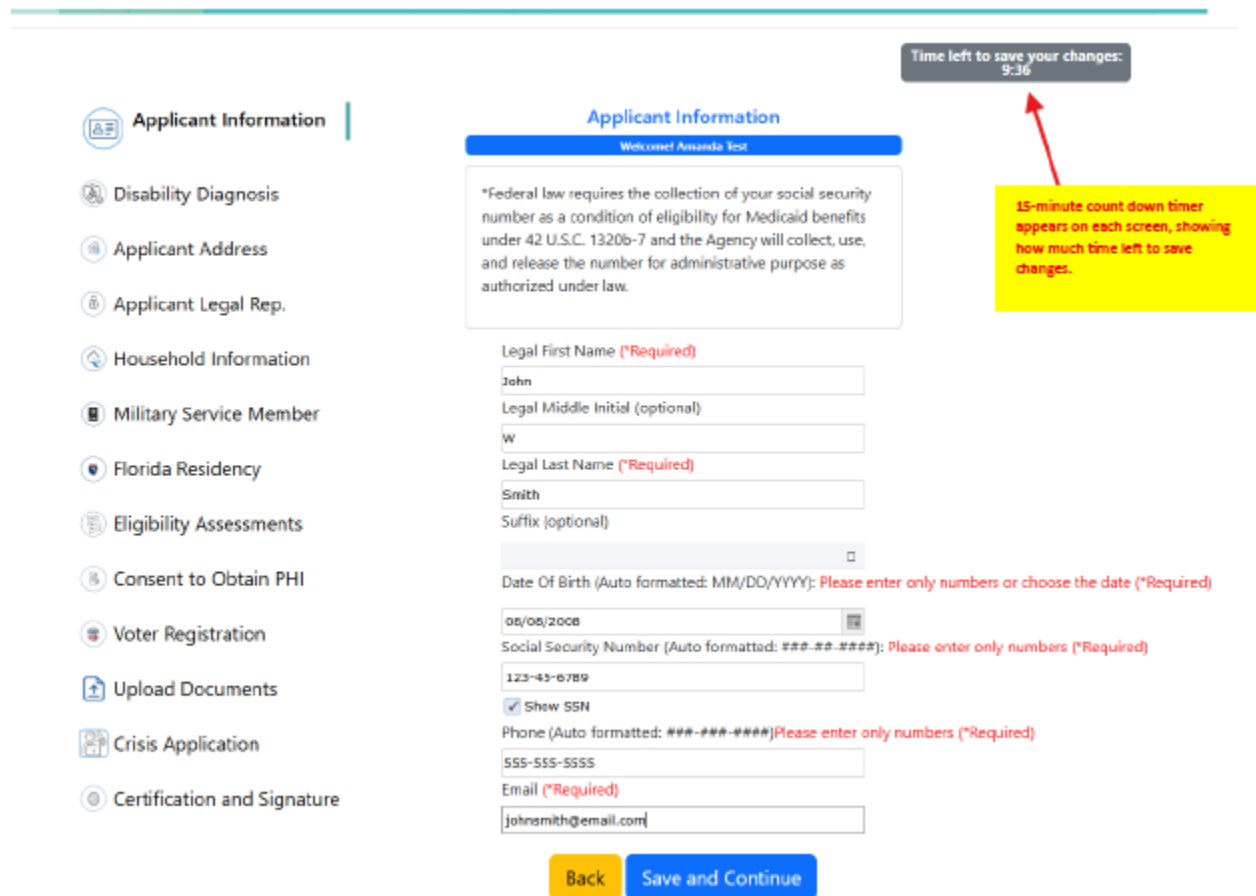
Reapply	User Applications
Check	Name: Amanda Test Eligibility Application Status: Application Received Eligibility Application Status Date: 6/24/2025 Crisis Application Status: Crisis Application Status Date:
Check	Name: Amanda Test Eligibility Application Status: Application Review Eligibility Application Status Date: 3/9/2026 Crisis Application Status: Crisis Review Crisis Application Status Date:
Check	Name: Amanda Test Eligibility Application Status: Incomplete Application Eligibility Application Status Date: 12/17/2025 Crisis Application Status: Incomplete Crisis

[Back](#)
[Logout](#)

- Incomplete Application:** Applicant hasn't signed the application, sections of the application may have been left blank, and/or not enough documentation was submitted.
- Application Received (Complete Application):** Application has been submitted.
- Application Review:** A complete application has been received & is under review by APD.
- Application Pended:** Application has been received & APD has requested additional information from the applicant.
- Application Decision Notice Sent:** A written notification has been mailed to the applicant with the final determination of eligibility.
- Closed:** This online application will not result in an eligibility determination and is closed because: it is a duplicate application, the applicant is already a client of the agency, or the applicant is deceased.
- Crisis Received:** Crisis application has been submitted.
- Crisis Review:** A complete crisis application has been received and is under review by APD.
- Crisis Pended:** Crisis request has been

Consejos de navegación

Además, una vez iniciada la solicitud, los solicitantes o sus representantes legales podrán ver el indicador de progreso de la solicitud en la parte izquierda de la página. Esta es una forma de saber en qué parte de la aplicación se encuentra el usuario de la cuenta y cuántas secciones le quedan por completar.



Applicant Information

Welcome! Amanda Test

*Federal law requires the collection of your social security number as a condition of eligibility for Medicaid benefits under 42 U.S.C. 1320b-7 and the Agency will collect, use, and release the number for administrative purpose as authorized under law.

Legal First Name **(*Required)**
John

Legal Middle Initial (optional)
W

Legal Last Name **(*Required)**
Smith

Suffix (optional)
□

Date Of Birth (Auto formatted: MM/DD/YYYY): **Please enter only numbers or choose the date (*Required)**
05/05/2008

Social Security Number (Auto formatted: ###-##-####): **Please enter only numbers (*Required)**
123-45-6789

☒ Show SSN

Phone (Auto formatted: ###-###-####): **Please enter only numbers (*Required)**
555-555-5555

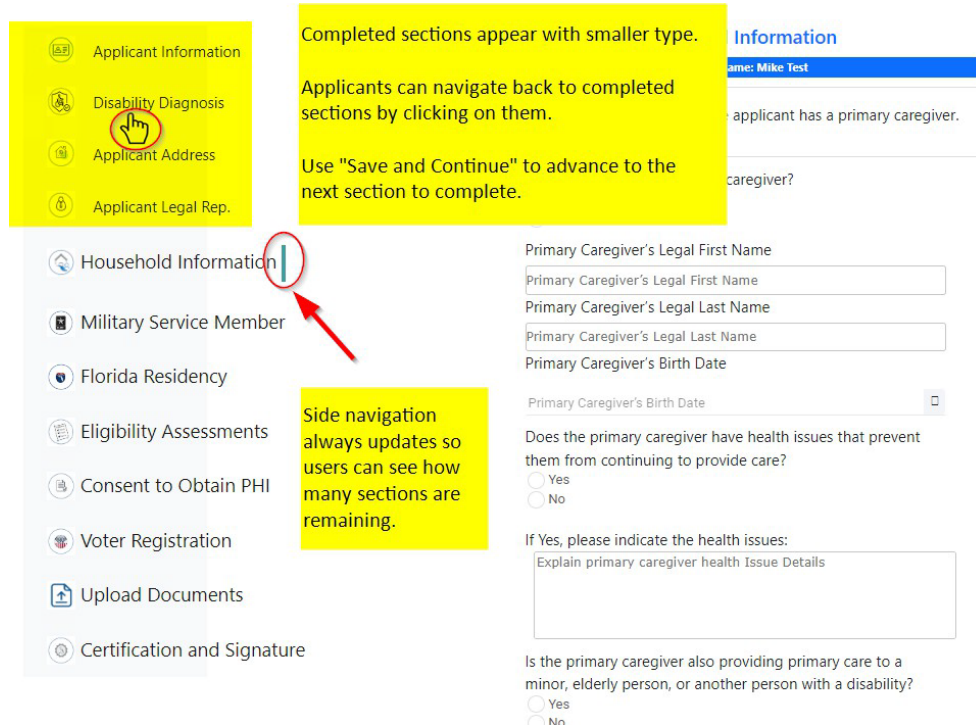
Email **(*Required)**
johnsmith@email.com

Time left to save your changes: 9:36

15-minute count down timer appears on each screen, showing how much time left to save changes.

Back Save and Continue

Para desplazarse por la aplicación, utilice los botones “Save and Continue” (Guardar y continuar) y “Back” (Atrás).



Completed sections appear with smaller type.

Applicants can navigate back to completed sections by clicking on them.

Use "Save and Continue" to advance to the next section to complete.

Side navigation always updates so users can see how many sections are remaining.

Information

Name: Mike Test

applicant has a primary caregiver.

Primary Caregiver's Legal First Name

Primary Caregiver's Legal Last Name

Primary Caregiver's Birth Date

Does the primary caregiver have health issues that prevent them from continuing to provide care?

☐ Yes

☐ No

If Yes, please indicate the health issues:

Explain primary caregiver health Issue Details

Is the primary caregiver also providing primary care to a minor, elderly person, or another person with a disability?

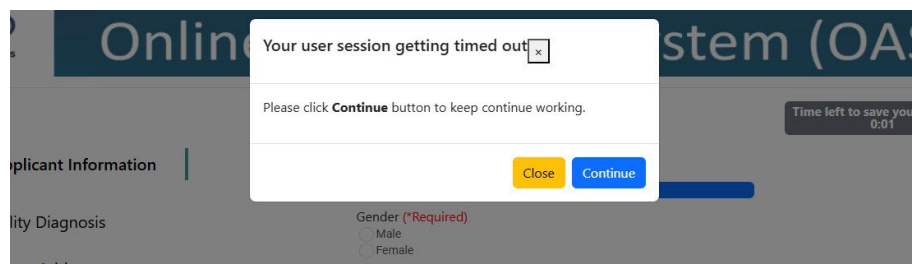
☐ Yes

☐ No

Mientras completa la solicitud, si la sesión lleva inactiva 15 minutos, aparecerá un mensaje en la pantalla. Haga clic en el botón "Continue" (Continuar) para seguir trabajando. El usuario volverá a la página en la que se encontraba para continuar, y el temporizador se reiniciará a 15 minutos.

Sin embargo, si han pasado más de 15 minutos desde el último guardado, la próxima vez que el usuario haga clic en el botón "Save and Continue" (Guardar y continuar), se le redirigirá de nuevo al portal de usuario para que vuelva a iniciar sesión.

La información se guarda cada vez que se hace clic en el botón "Save and Continue" (Guardar y continuar). Por lo tanto, si se perdieran datos, solo se perdería la pantalla en la que se estaba trabajando en el momento en que se produjo el periodo de inactividad.



Online System (OAS)

Your user session getting timed out

Please click **Continue** button to keep continue working.

Close Continue

Applicant Information

Disability Diagnosis

Gender (*Required)

☐ Male

☐ Female

Time left to save your session: 0:01

Si se agota el tiempo de espera de la sesión, la solicitud incompleta se podrá continuar en el siguiente inicio de sesión. Consulte la sección “Returning to Complete an Application In-Progress” (Volver para completar una solicitud en curso) que figura a continuación.

Volver para completar una solicitud en curso

Si en algún momento el usuario de la cuenta necesita salir de la aplicación antes de enviarla, o si se agota el tiempo de espera por inactividad, puede volver a iniciar sesión y continuar con la solicitud desde donde la dejó.

Una vez que haya iniciado sesión, aparecerá la página de inicio. En la página de inicio, si hay alguna solicitud en trámite, aparecerá aquí y se mostrará su estado.

Welcome! Amanda Test

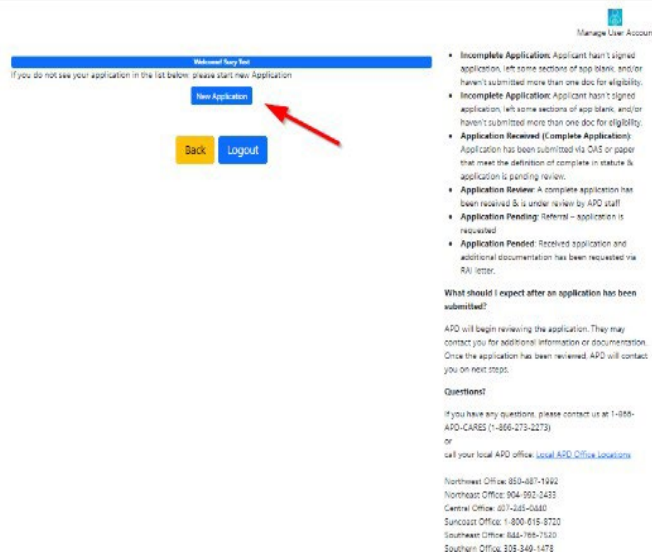
If you do not see your application in the list below; please start a new application.

[New Application](#)

Reapply	User Applications
Check	No
Name: Amanda Test Eligibility Application Status: Application Received Eligibility Application Status Date: 5/24/2025 Crisis Application Status: Crisis Application Status Date:	

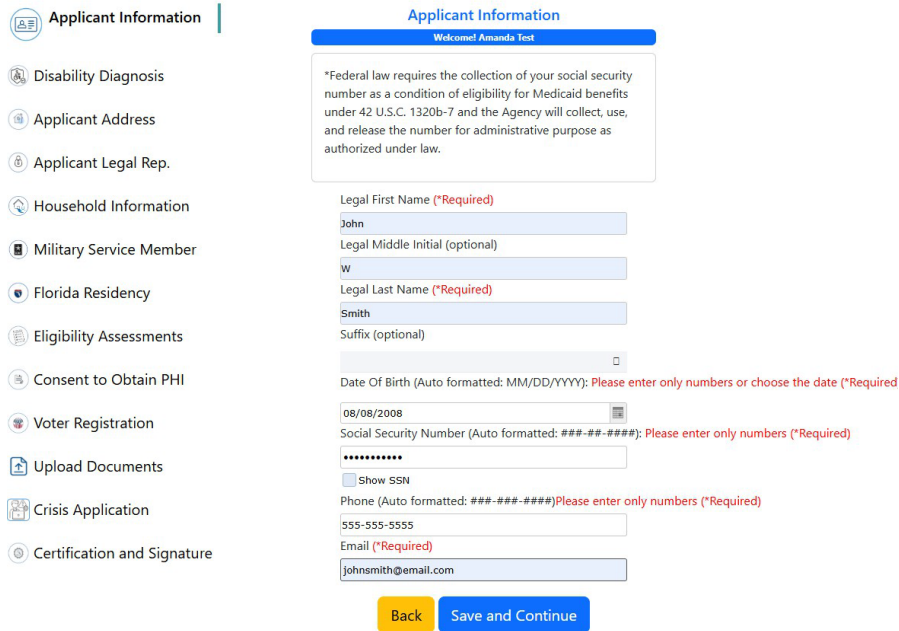
Cómo completar la solicitud

La primera vez que inicien sesión en el OAS, los usuarios verán un botón de “New Application” (Nueva solicitud). Haga clic aquí para iniciar la solicitud. En la parte derecha de la página se incluye información adicional, como las definiciones de los distintos estados de una solicitud y los datos de contacto de la APD regional.



Al completar la solicitud, es importante prestar atención a la información que se solicita. Si se trata de información sobre el solicitante, es importante que la respuesta se refiera únicamente a él, y no al representante legal que pueda estar completando la solicitud en nombre de otra persona.

A medida que vaya completando cada sección, haga clic en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar).



Applicant Information

Welcome! Amanda Test

*Federal law requires the collection of your social security number as a condition of eligibility for Medicaid benefits under 42 U.S.C. 1320b-7 and the Agency will collect, use, and release the number for administrative purpose as authorized under law.

Legal First Name (*Required)
John

Legal Middle Initial (optional)
W

Legal Last Name (*Required)
Smith

Suffix (optional)

Date Of Birth (Auto formatted: MM/DD/YYYY): Please enter only numbers or choose the date (*Required)
08/08/2008

Social Security Number (Auto formatted: ###-##-####): Please enter only numbers (*Required)

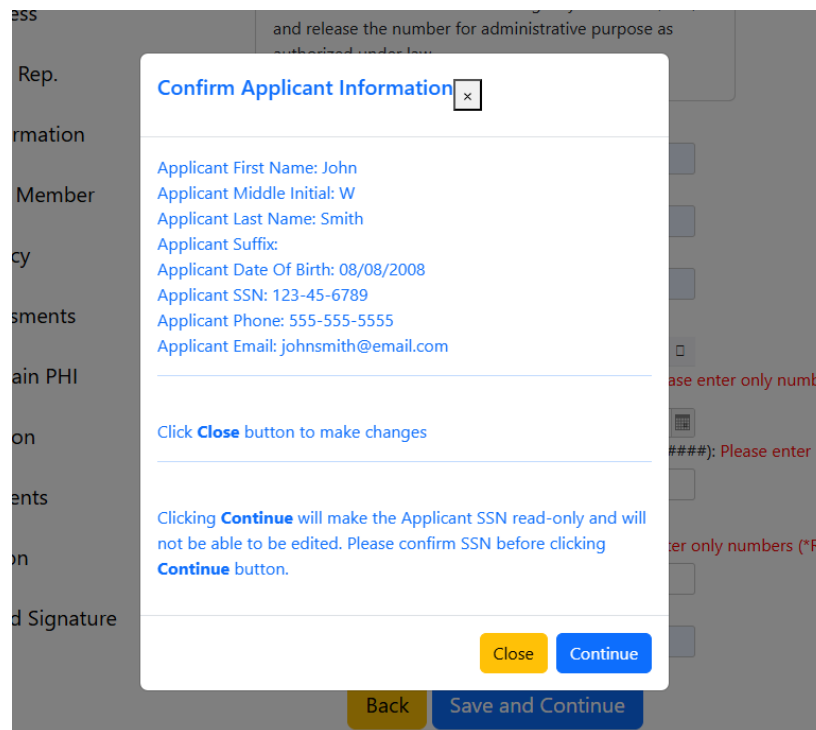
Show SSN ☐

Phone (Auto formatted: ###-###-####): Please enter only numbers (*Required)
555-555-5555

Email (*Required)
johnsmith@email.com

Back Save and Continue

Una vez que se hace clic en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar), la información demográfica del solicitante se muestra en una ventana emergente para que se revise y se confirme.



Confirm Applicant Information [X]

Applicant First Name: John
Applicant Middle Initial: W
Applicant Last Name: Smith
Applicant Suffix:
Applicant Date Of Birth: 08/08/2008
Applicant SSN: 123-45-6789
Applicant Phone: 555-555-5555
Applicant Email: johnsmith@email.com

Click **Close** button to make changes

Clicking **Continue** will make the Applicant SSN read-only and will not be able to be edited. Please confirm SSN before clicking **Continue** button.

Close Continue

En la siguiente pantalla se introducirá información adicional sobre el solicitante.

Tenga en cuenta que es obligatorio indicar el sexo, la raza y el nombre y los apellidos de soltera de la madre del solicitante.

Applicant Information

Applicant Name: Mike Test

Gender (*Required)

☒ Male
☐ Female

Race (*Required)

☐ Asian
☐ Black
☐ Native American or Alaskan Native
☒ White
☐ Other

Race Other Details

RaceOtherDetails

Medicaid ID # (optional)

medicaidId

Mother's Maiden First Name (*Required)

Elaine

Mother's Maiden Last Name (*Required)

Test

Save and Continue

Back

En la sección “Disability Diagnosis” (Diagnóstico de discapacidad), seleccione el diagnóstico en virtud del cual presenta la solicitud el solicitante. Se pueden seleccionar varios diagnósticos, si procede.

eligibility consideration

Applicant Name: Friday Fun

[Quick Guide: Applying for APD Services](#)

Autism

☐

Cerebral Palsy

☐

Intellectual Disability

☐

Prader-Willi Syndrome

☐

Spina Bifida

☐

Down Syndrome

☐

Phelan McDermid Syndrome

☐

Tatton-Brown-Rahman Syndrome

☐

Only click the High Risk box if you are between the ages of 3 and 5 and do not have a confirmed diagnosis of a developmental disability.

☐

Please explain high risk of developing a developmental disability:

Please explain high risk of developing a
developmental disability:

Other Diagnosis (if applicable):

Save and Continue

Back

Al completar la página “Applicant’s Contact Information” (Datos de contacto del solicitante), es fundamental indicar la dirección y la provincia en la que reside físicamente el solicitante.

Applicant’s Contact Information

Applicant Name: Mike Test

Address 1 (*Required)

123 Home Way

Address 2 (optional)

City (*Required)

Brandon

State (*Required)

Florida ☐

Zip Code (*Required)

33511

County (*Required)

Hillsborough ☐

Preferred Method of Communication (*Required)

Select Preferred Method of Communication

Email ☐

Preferred Language(*Required)

Select Preferred Language

English

French

German

Haitian Creole

Spanish

Other

Click to show the list of languages.

La página de “Legal Representative” (Representante legal) es opcional, ya que los solicitantes pueden actuar como sus propios representantes. Si el solicitante no cuenta con un representante legal, haga clic en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar) y pase a la sección de “Household Information” (Información sobre el hogar).

Si hay un representante legal, es necesario indicar su nombre, apellidos, tipo de representación, número de teléfono, correo electrónico y el medio de comunicación que prefiera.

Time left to save you
13:49

Applicant's Legal Representative

Applicant Name: John Smith

For applicants under 18, this includes the parent, health care surrogate, or anyone designated by the parent(s) of the child to act on the parent(s)' behalf. For applicants 18 and over, this could include the applicant, anyone designated by the applicant through a Power of Attorney or Durable Power of Attorney, a medical proxy under Chapter 765, F.S., or anyone appointed by a Florida court as a guardian or guardian advocate under Chapter 393 or 744, F.S.

If the applicant has a Legal Representative, you must complete the following. If no to the first question, move to the next section.

Does the applicant have a Legal Representative?

☒ Yes
☐ No

Legal Rep. First Name (*Required)

johnny

Legal Rep. Last Name (*Required)

smithy

Legal Rep. Middle Name (optional)

Legal Rep. Suffix (optional)

Type of Legal Representative (*Required)

lawyer

Legal Rep. Phone (Auto formatted: ###-###-####) Please enter only numbers

555-555-5555

Legal Rep. Email

legalrep@email.com

Legal Rep. Preferred Method of Communication

Email



Save and Continue

Back

En la sección “Household Information” (Información sobre el hogar) es necesario responder a la primera pregunta, que se refiere a si el solicitante cuenta con un cuidador principal. Si la respuesta es “No”, seleccione “No” y, a continuación, haga clic en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar) para pasar a la sección “Active-Duty Military Service Member” (Miembros del ejército en servicio activo).

Si la respuesta es “Sí”, introduzca el nombre y los apellidos del cuidador principal, junto con información sobre sus datos personales. Complete esta sección y, a continuación, haga clic en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar) para pasar a la sección “Active-Duty Military Service Member” (Miembros del ejército en servicio activo).

Household Information

Applicant Name: Rosilee Green

If the applicant has a primary caregiver, you must complete the following.

If the applicant has a primary caregiver?

- ☒ Yes
☐ No

Primary Caregiver's Legal First Name (*Required)

Elaine

Primary Caregiver's Legal Last Name (*Required)

Test

Primary Caregiver's Birth Date (*Required)

11/21/1947

Does the primary caregiver have health issues that prevent them from continuing to provide care?

- ☒ Yes
☐ No

If Yes, please indicate the health issues:

223 characters remaining

Parent has severe arthritis

Is the primary caregiver also providing primary care to a minor, elderly person, or another person with a disability?

- ☒ Yes
☐ No

If Yes, please explain:

195 characters remaining

Parent is also providing care to a sibling with autism.

Are the current caregiver responsibilities preventing them from being employed?

- ☐ Yes
☒ No

Does the applicant have a sibling with a developmental disability?

- ☒ Yes
☐ No

Save and Continue

La sección “Active-Duty Military Service Member” (Miembros del ejército en servicio activo) solo debe completarse si la respuesta a la primera pregunta es “Sí”. De lo contrario, haga clic en “No” y en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar) para pasar a la sección “Florida Residency” (Residencia en Florida).

Active Duty Military Service Member

Applicant Name: Rosilee Green

If no to the first question, move to the next section.

Is the applicant's parent or legal guardian an active-duty military service member?

☒ Yes
☐ No

Please select active-duty military service member.

If Yes, please identify by name (*Required)

John Test

Was the family transferred to Florida as part of military assignment? (*Required)

☒ Yes
☐ No

If Yes, did the applicant receive home and community-based waiver services in another state? (*Required)

☒ Yes
☐ No

Save and Continue

Las secciones “Florida Residency” (Residencia en Florida) y “Eligibility Assessments” (Evaluaciones de elegibilidad) contienen algunas preguntas. Complete cada sección y haga clic en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar).

Florida Residency

Applicant Name: John Doe

Is the applicant a permanent resident of the State of Florida?

☒ Yes
☐ No

If the applicant is a minor, is the parent or legal guardian domiciled in Florida?

☐ Yes
☒ No

In many instances, APD can verify Florida residency or citizenship for applicants through information provided on this application form. If necessary, APD may request additional information or documentation to verify residency in order to complete your application.

Save and Continue

Back

Eligibility Assessments

Applicant Name: Rosilee Green

Clinical assessments may be necessary to complete the eligibility determination. Clinical assessments are specific to diagnosis, but some examples may include diagnostic or adaptive testing.

If necessary, do you agree to participate in clinical assessments that may be needed to determine eligibility for APD?

☒ Yes
☐ No

Save and Continue

La sección “HIPAA Notice & Consent to Release Protected Health Information” (Aviso de la HIPAA y consentimiento para la divulgación de información de salud protegida) incluye enlaces al Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de la APD y al consentimiento para obtener o divulgar información de salud protegida. Estos enlaces aparecen resaltados en la captura de pantalla que se muestra a continuación.

Haga clic en estos enlaces y los documentos se abrirán en el navegador; se recomienda guardarlos en el dispositivo del solicitante. Además, se debe completar el formulario de Consentimiento para obtener o divulgar información de salud protegida y subirlo junto con el resto de documentos al final de la solicitud.

Responda a cada pregunta y haga clic en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar) para seguir adelante.

HIPAA Notice & Consent to Release Protected Health Information

Applicant Name: Rosilee Green

HIPAA Notice of Privacy Practices

I have received a copy of HIPAA Notice of Privacy Practices

☒ Yes
☐ No

Consent to Obtain or Release Protected Health Information

I have received a copy of Consent to Obtain or Release Protected Health Information

☒ Yes
☐ No

Save and Continue

La página de “Voter Registration” (Inscripción en el registro electoral) incluye un enlace al formulario de inscripción en el registro electoral. Este enlace aparece resaltado en la captura de pantalla que se muestra a continuación.

Applicant Name: Rosilee Green

Voter Registration: YOU CAN APPLY TO REGISTER TO VOTE **HERE**

“National Voter Registration Act Preference Form/Application”
(Department of State form DS77) (eff. 01/2012), incorporated by
reference in Rule 15-2.048, Florida Administrative Code.

Save and Continue

Subir documentos

Hay entre dos y tres secciones en las que subir los documentos que acompañan a la solicitud. La primera es la sección de documentos de “Identity & Domicile Verification” (Verificación de identidad y domicilio). Aquí es donde el solicitante o su representante pueden subir los documentos que ayudarán a la APD a confirmar la identidad del solicitante y a verificar que cumple los requisitos de residencia en el estado de la Florida.

Todos los documentos que se suban deben estar en formato PDF. Si el dispositivo del solicitante no dispone de Adobe Acrobat Reader, en la página “Upload Documents” (Subir documentos) hay un enlace para descargar [Adobe Acrobat Reader](#) en su dispositivo.

Time left to save your changes
14:36

Upload Identity & Domicile Verification Documents

Applicant Name: John Smith

- Birth certificate
- Social security card
- Copy of driver's license
- U.S. passport
- Government issued ID
- Immigration documentation

- All uploaded documents must be formatted as PDFs.
- When attaching a named file please make sure you do not use special characters (*, \, &, \$, or punctuation, etc.)
- Individual file size cannot exceed 18MB. However, applicant can submit multiple documents.

Download Adobe Acrobat Reader

Si no hay que presentar ningún documento, haga clic en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar) para pasar a la fase de subir los documentos de la “Medical Evaluation” (Evaluación médica).

Choose Files

No file chosen

Upload

	File Name	File Group	File Type
No data to display			

Save and Continue

Back

Si hay archivos que subir, haga clic en el botón “Choose Files” (Seleccionar archivos) para acceder al administrador de archivos del dispositivo del usuario.

Upload Identity & Domicile Verification Documents

Applicant Name: Mike Test

- Diagnostic testing and evaluation
- Medical records
- Reports and records from schools
- Assessments and evaluations from various kinds of doctors
- Genetic testing

All uploaded documents must be formatted as PDFs.

[Download Adobe Acrobat Reader](#)

Click the "Choose Files" button to access files on the user's device.

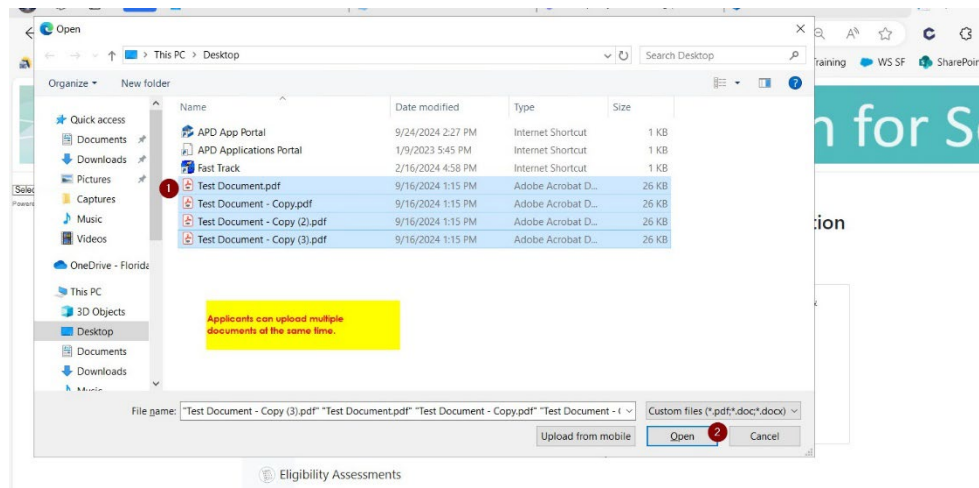
Choose Files

No file chosen

Upload

	File Name	File Group	File Type
No data to display			

A continuación, seleccione los archivos que desea añadir a la aplicación. Los usuarios pueden subir varios archivos a la vez.



Se mostrará el número total de archivos. A continuación, haga clic en el botón “Upload” (Subir).

Choose Files 2 files

Upload


	File Name	File Group	File Type
No data to display			

La pantalla se actualizará y los documentos subidos aparecerán en la tabla situada debajo del botón “Upload” (Subir).

Upload Identity & Domicile Verification Documents

Applicant Name: Rosilee Green

- Birth certificate
- Social security card
- Copy of driver's license
- U.S. passport
- Government issued ID
- Immigration documentation

All uploaded documents must be formatted as PDFs.

[Download Adobe Acrobat Reader](#)
 Identity & Domicile verification documents

Choose Files No file chosen

Upload

	File Name	File Group	File Type
Delete	Birth-SSA.pdf	Identity	.pdf
Delete	Guardianship.pdf	Identity	.pdf

Save and Continue

Haga clic en el botón “Save and Continue” (Guardar y continuar) y repita el mismo proceso con los documentos médicos y/o de evaluación.

Se requieren documentos médicos. Si el usuario de la cuenta necesita conseguirlos, puede volver y subirlos en cuanto los tenga. Esto es necesario para poder presentar la solicitud.

Upload Medical Evaluation Documents

Applicant Name: Rosilee Green

- Diagnostic testing and evaluation
- Medical records
- Reports and records from schools
- Assessments and evaluations from various kinds of doctors
- Genetic testing

All uploaded documents must be formatted as PDFs.

[Download Adobe Acrobat Reader](#)

Choose Files No file chosen

Upload

	File Name	File Group	File Type
Delete	Evals.pdf	Medical Evaluation	.pdf
Delete	IQ (1).pdf	Medical Evaluation	.pdf

Save and Continue

Solicitud en caso de crisis (opcional)

La solicitud en línea para situaciones de crisis es opcional y está disponible a través del Sistema de Solicitudes en Línea (OAS) de la agencia aquí:

<https://applynow.apd.myflorida.com/>.

Para solicitar la Inscripción en la exención por crisis (CWE), la persona debe cumplir lo siguiente:

- ser un solicitante que presenta una nueva solicitud para los servicios de APD, o
- ser cliente actual de APD en preinscripción y
- tener documentación que acredite que se encuentra sin hogar, que supone un peligro para sí mismo y para los demás, o que su cuidador no puede atenderle.

Para obtener más información sobre los criterios de la Inscripción en la exención por crisis, consulte la [Guía rápida: solicitud de revisión por crisis](#).

Si el solicitante cumple uno o más criterios de situación de crisis, haga clic en “Proceed with Crisis Application” (Continuar con la solicitud por situación de crisis).

Time left to save your changes:
12:25

Crisis Application

Optional

- To request Crisis Enrollment the applicant must have documentation of being homeless, danger to self and others, or their caregiver is unable to provide care.
- If you are requesting Crisis Waiver Enrollment with your APD Eligibility Application, please make sure to gather all necessary documentation to submit with this Crisis Application.
- For more information, Click here to access our [Quick Guide: Requesting Crisis Review](#)

Proceed with Crisis Application

Skip Crisis Application and Continue Eligibility Application

Back

Si el solicitante no cumple los criterios de situación de crisis, haga clic en “Skip Crisis Application and Continue Eligibility Application” (Omitir la solicitud por situación de crisis y continuar con la solicitud de elegibilidad). De este modo, pasarán a la sección de “Certification and Signature” (Certificación y firma) de la solicitud, que se describe en la página 39.

Time left to save your changes:
12:25

Crisis Application

Optional

- To request Crisis Enrollment the applicant must have documentation of being homeless, danger to self and others, or their caregiver is unable to provide care.
- If you are requesting Crisis Waiver Enrollment with your APD Eligibility Application, please make sure to gather all necessary documentation to submit with this Crisis Application.
- For more information, Click here to access our [Quick Guide: Requesting Crisis Review](#)

Proceed with Crisis Application

Skip Crisis Application and Continue Eligibility Application

Back

Una vez que el solicitante haya determinado que puede cumplir los criterios de situación de crisis y haya seleccionado “Proceed with Crisis Application” (Continuar con la solicitud por situación de crisis), pasará a responder a las preguntas sobre su situación de crisis. Marque todas las opciones que correspondan.

Crisis Application

Applicant Name: John Smith

Homeless

Is the applicant currently homeless, living in a homeless shelter, living in an unsafe environment, or your housing is insecure?
(check all that apply)

violence or illegal activities are taking place
☒

the applicant is at risk of abuse, neglect, or exploitation
☒

there is insufficient, inappropriate, or no room to shelter the applicant
☐

the residence is not expected to last more than several weeks
☐

Danger to Self or Others

Does the applicant exhibit behaviors that may create a life-threatening situation for themselves or others? (check all that apply)

without immediate waiver services, the health and safety of the applicant or others in the household is at risk
☐

frequent or intense injury to self or others
☒

risk for serious injury or permanent damage to self or others
☐

documented medical treatment for injury to self or others
☐

Caregiver Unable to Provide Care

Is the applicant living with a caregiver who is in extreme duress and no longer able to provide for the applicant's health and safety because of illness, injury, or advanced age, and the applicant requires a caregiver? (check all that apply)

without immediate provision of waiver services, the applicant's health and safety are at imminent risk
☒

without immediate provision of waiver services, the applicant cannot remain living with the caregiver
☐

other potential caregivers, such as another parent, stepparent, brother, sister or other relative or person, are unavailable or are unable to provide care
☒

the caregiver's physical or mental condition prevents the provision of adequate care
☐

other circumstances prevent the caregiver from providing sufficient care
☐

If you selected one or more of the conditions above, please provide a brief explanation below:

187 characters remaining

Experiencing homelessness and is in an unsafe living situation.

Save and Continue

Una vez completado el formulario de solicitud en caso de crisis, haga clic en “Save and Continue” (Guardar y continuar).

A continuación, suba los documentos relacionados con la solicitud en caso de crisis. Para obtener más información sobre la documentación necesaria para una revisión de crisis, visite: <https://apd.myflorida.com/services/guide.htm>.

Upload Crisis Documents

Applicant Name: John Smith

Click here to access our [Quick Guide: Requesting Crisis Review](#)

- All uploaded documents must be formatted as PDFs.
- When attaching a named file please make sure you do not use special characters (*, \, &, \$, or punctuation, etc.)
- Individual file size cannot exceed 18MB. However, applicant can submit multiple documents.

[Download Adobe Acrobat Reader](#)

Choose Files

No file chosen

Upload

Delete	File Name	File Group	File Type
No data to display			

Back

Es necesario presentar la documentación relativa a la crisis para determinar si el cliente cumple los criterios de la agencia para la inscripción en el programa de exención por crisis (CWE). Si el usuario necesita conseguir los documentos necesarios para la revisión, puede volver más tarde y subirlos una vez los haya obtenido. Esto es necesario antes de poder presentar la solicitud de ayuda por crisis.

Cómo enviar la solicitud

Una vez que se hayan subido todos los documentos, la solicitud estará lista para enviarse. En la página “Certification and Signature” (Certificación y firma), haga clic en la flecha situada a la derecha del recuadro azul para revisar los avisos legales.

Certification and Signature

Applicant Name: John Doe

By signing this application, I understand, acknowledge, and certify, under the penalties of perjury, the following: ^

- That all information provided is complete and accurate.
- That it is my responsibility to keep the Agency informed of any changes in address, email, or phone number and failure to do so may result in my application not being processed or case closure.
- That knowingly providing false representations constitutes an act of fraud. False, misleading, or incomplete information may result in the denial of my application.
- That additional information and/or documentation related to my application may be requested at any time.



En la pregunta “Submitter Role” (Función del remitente), haga clic en la flecha del menú desplegable para ver las opciones.

Signature of Applicant (full name) (*Required)

Mike Test

Applicant Signature Date (*Required)

11/04/2024

Submitter Role (*Required)

Select Submitter Role

Applicant

Applicant

Parent

Legal Representative

Person Assisting Applicant

Mike Test



Complete el resto de esta página, compruebe que toda la información es correcta y, a continuación, haga clic en el botón “Submit your Online Application” (Enviar su solicitud en línea).

Certification and Signature

Applicant Name: Mike Test

By signing this application, I understand, acknowledge, and certify, under the penalties of perjury, the following: 

It looks like you're at a critical point in your application process. Make sure to double-check all your details, including personal information, documents, and any responses to questions. If everything looks good, you can confidently submit your application.

Signature of Applicant (full name) (*Required)

Mike Test

Applicant Signature Date (*Required)

11/04/2024 

Submitter Role (*Required)

Select Submitter Role

Applicant 

Relationship to Applicant (optional):

Person Assisting Phone (Auto formatted: ###-###-####) Please enter only numbers (optional)

____-____-____

Signature of person (full name) submitting the application (*Required)

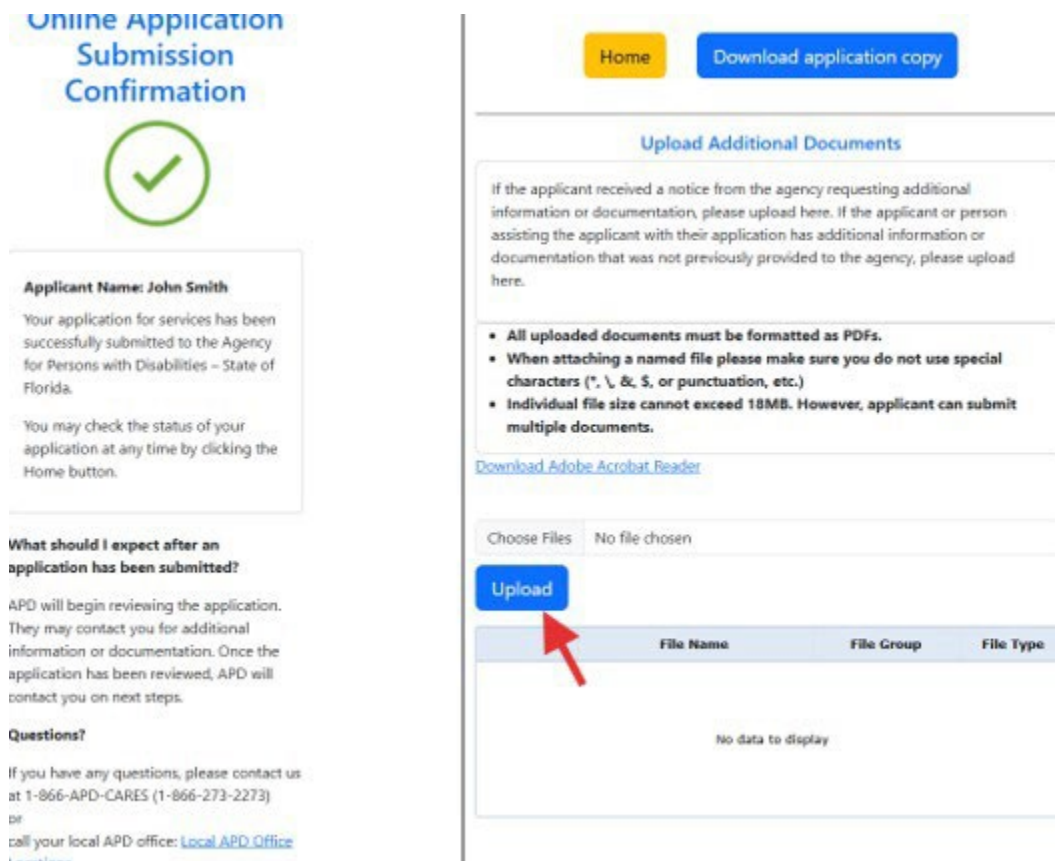
Mike Test

Submitter Signature Date (*Required)

11/04/2024 

Submit your Online Application

Aparecerá un mensaje de confirmación del envío. Este mensaje también incluirá información sobre qué puede esperarse una vez presentada la solicitud, así como los datos de contacto de las oficinas regionales de la APD.



Online Application Submission Confirmation



Applicant Name: John Smith

Your application for services has been successfully submitted to the Agency for Persons with Disabilities – State of Florida.

You may check the status of your application at any time by clicking the Home button.

What should I expect after an application has been submitted?

APD will begin reviewing the application. They may contact you for additional information or documentation. Once the application has been reviewed, APD will contact you on next steps.

Questions?

If you have any questions, please contact us at 1-866-APD-CARES (1-866-273-2273) or call your local APD office: [Local APD Office Information](#)

Upload Additional Documents

If the applicant received a notice from the agency requesting additional information or documentation, please upload here. If the applicant or person assisting the applicant with their application has additional information or documentation that was not previously provided to the agency, please upload here.

- All uploaded documents must be formatted as PDFs.
- When attaching a named file please make sure you do not use special characters (*, \, &, \$, or punctuation, etc.)
- Individual file size cannot exceed 18MB. However, applicant can submit multiple documents.

[Download Adobe Acrobat Reader](#)

Choose Files No file chosen

Upload

File Name	File Group	File Type
No data to display		

Si la APD solicita documentos adicionales, se pueden subir aquí al hacer clic en el botón “Upload” (Subir).

Si el estado de la solicitud es:

- “Application Received” (Solicitud recibida), el solicitante tendrá 10 días para subir información adicional.
- “Application Pended” (Solicitud en espera), el solicitante tendrá 10 días para subir información adicional.
- “Application Review” (Revisión de la solicitud), el solicitante no podrá subir información adicional.
- “Decision Notice Sent” (Notificación de decisión enviada), el solicitante no podrá subir información adicional.
- “Closed” (Cerrado), el solicitante no podrá subir información adicional.

Descargar una copia de la solicitud presentada

Desde la página “Online Application Submission Confirmation” (Confirmación del envío de la solicitud en línea) se puede descargar una copia de la solicitud completada.

Online Application Submission Confirmation



Applicant Name: John Smith

Your application for services has been successfully submitted to the Agency for Persons with Disabilities – State of Florida.

You may check the status of your application at any time by clicking the Home button.

What should I expect after an application has been submitted?

APD will begin reviewing the application. They may contact you for additional information or documentation. Once the application has been reviewed, APD will contact you on next steps.

Questions?

If you have any questions, please contact us at 1-866-APD-CARES (1-866-273-2273) or call your local APD office: [Local APD Office Locations](#)

[Home](#)
[Download application copy](#)

[Upload Additional Documents](#)

If the applicant received a notice from the agency requesting additional information or documentation, please upload here. If the applicant or person assisting the applicant with their application has additional information or documentation that was not previously provided to the agency, please upload here.

- All uploaded documents must be formatted as PDFs.
- When attaching a named file please make sure you do not use special characters (*, \, &, \$, or punctuation, etc.)
- Individual file size cannot exceed 18MB. However, applicant can submit multiple documents.

[Download Adobe Acrobat Reader](#)

File Name	File Group	File Type
No data to display		

Al hacer clic en el botón “Download application copy” (Descargar copia de la solicitud), el OAS descargará automáticamente un archivo PDF en la carpeta de descargas predeterminada del dispositivo del usuario. Se recomienda mover el archivo a una carpeta permanente.

Online Application Syst

Online Application Submission Confirmation



Applicant Name: Amanda Test

Your application for services has been successfully submitted to the Agency for Persons with Disabilities – State of Florida.

You may check the status of your

[Home](#)[Download application copy](#)

Downloads

ApplicationForServicesCopy_7_24_2026 (1).pdf

Open file

Time left to keep your session active: 14:31

Abra el documento PDF para revisarlo.

1. Applicant Information

Legal First Name: **Mike** Legal Last Name: **Test**

Legal Middle Initial: Suffix: Date Of Birth: **1/1/2001** Sex: ☒ **Male** ☐ **Female**

Social Security Number*: **(###)###-##21** Medicaid ID # (if known):

Race (for data purposes only): **White**

Other:

Mother's Maiden Last Name: **Test**

Mother's Maiden First Name: **Elaine**

*Federal law requires the collection of your social security number as a condition of eligibility for Medicaid benefits under 42 U.S.C. 1320b-7 and the agency will collect, use, and release the number for administrative purpose as authorized under law.

Select at least one Developmental Disability Diagnosis for eligibility consideration:

☒ **Autism**

☐ **Cerebral Palsy**

☐ **Intellectual Disability**

☐ **Prader-Willi Syndrome**

☐ **Spina Bifida**

☐ **Down Syndrome**

☐ **Phelan McDermid Syndrome**

☐ **Between the ages of 3 and 5 and at High Risk of Developing a Developmental Disability :**

(if selecting this box, please explain):

(Please see Quick Guide: Applying for APD Services to utilize as a reference for proof of diagnosis documentation.)

El usuario puede hacer clic en el botón “Home” (Inicio) para volver a la página de inicio del OAS y cerrar la sesión.

Time left to keep your session active:
12:13

Online Application Submission Confirmation



Applicant Name: John Smith

Your application for services has been successfully submitted to the Agency for Persons with Disabilities – State of Florida.

You may check the status of your application at any time by clicking the Home button.

What should I expect after an

Home
Download application copy

Upload Additional Documents

If the applicant received a notice from the agency requesting additional information or documentation, please upload here. If the applicant or person assisting the applicant with their application has additional information or documentation that was not previously provided to the agency, please upload here.

- All uploaded documents must be formatted as PDFs.
- When attaching a named file please make sure you do not use special characters (*, \, &, \$, or punctuation, etc.)
- Individual file size cannot exceed 18MB. However, applicant can submit multiple documents.

[Download Adobe Acrobat Reader](#)

Choose Files No file chosen

La solicitud enviada aparecerá en la tabla “User Applications” (Solicitudes de usuario). A continuación, el usuario puede hacer clic en el botón “Logout” (Cerrar sesión)= para cerrar la sesión de su cuenta.

 Manage User Account

Welcome! Amanda Test

If you do not see your application in the list below; please start a new application.

[New Application](#)

Reapply	User Applications
Check	Name: Amanda Test Eligibility Application Status: Application Received Eligibility Application Status Date: 6/24/2025 Crisis Application Status: Crisis Application Status Date:
Check	Name: Amanda Test Eligibility Application Status: Application Review Eligibility Application Status Date: 3/9/2026 Crisis Application Status: Crisis Review Crisis Application Status Date:
Check	Name: Amanda Test Eligibility Application Status: Incomplete Application Eligibility Application Status Date: 12/17/2025 Crisis Application Status: Incomplete Crisis Crisis Application Status Date:

Back
Logout

- Incomplete Application:** Applicant hasn't signed the application, sections of the application may have been left blank, and/or not enough documentation was submitted.
- Application Received (Complete Application):** Application has been submitted.
- Application Review:** A complete application has been received & is under review by APD.
- Application Pending:** Application has been received & APD has requested additional information from the applicant.
- Application Decision Notice Sent:** A written notification has been mailed to the applicant with the final determination of eligibility.
- Closed:** This online application will not result in an eligibility determination and is closed because: it is a duplicate application, the applicant is already a client of the agency, or the applicant is deceased.
- Crisis Received:** Crisis application has been submitted.
- Crisis Review:** A complete crisis application has been received and is under review by APD.
- Crisis Pending:** Crisis request has been received and APD has requested additional information from the applicant.
- Crisis Decision Notice Sent:** A written notification has been mailed to the applicant with the final

Próximos pasos

Correo electrónico de confirmación del envío

Una vez enviada la solicitud, además del mensaje de confirmación que aparecerá en el OAS, se enviará un correo electrónico al titular de la cuenta. Este correo electrónico incluirá un enlace para volver al OAS y consultar el estado de la solicitud, y en él se enumerarán los documentos que se adjuntaron a la solicitud.

Dear **Calypsa Test**,

Your application for Applicant **Regression Testing** and supporting documents have been submitted.

APD will begin reviewing the application. APD may contact you for additional information or documentation.

List of Uploaded Documents for this Application:

Identity - Doc1.docx
Identity - Doc1.docx
Medical Evaluation - Doc1.docx
Crisis - Doc1.docx

[Click here to check your Application status by login into the portal](#)

Please use your login name: **tiring.listens0p.icloud.com@apdtest.fl.local.7**

Thank you.

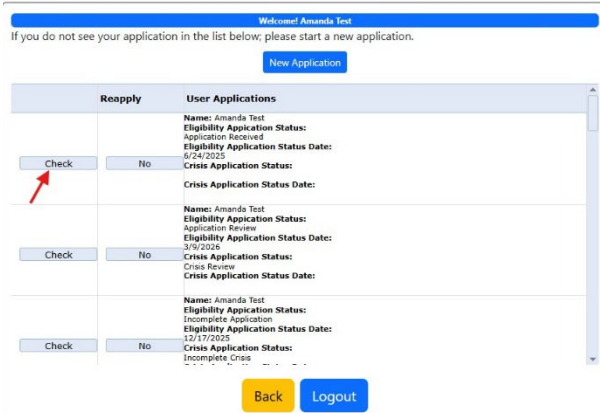
Comprobación del estado de la solicitud

El solicitante puede consultar el estado de su solicitud haciendo clic en el enlace que figura en el correo electrónico. Se les redirigirá a la página de inicio del OAS. Haga clic en el botón “Check” (Comprobar) para consultar el estado de la solicitud.

Definiciones del estado de las solicitudes

Las definiciones que figuran a continuación también se incluyen en la página de bienvenida del OAS:

- **Solicitud incompleta:** el solicitante no ha firmado la solicitud, es posible que haya secciones sin rellenar y/o que no se haya presentado la documentación necesaria.
- **Solicitud recibida** (solicitud completada): se ha enviado la solicitud.
- **Solicitud en revisión:** se ha recibido una solicitud completa, que actualmente está siendo evaluada por la APD.
- **Solicitud pendiente:** se ha recibido la solicitud y la APD ha solicitado información adicional al solicitante.
- **Notificación de la resolución sobre la solicitud enviada:** se ha enviado por correo una notificación por escrito al solicitante con la resolución definitiva sobre su elegibilidad.
- **Cerrada:** esta solicitud en línea no dará lugar a una resolución sobre la elegibilidad y se ha cerrado porque: se trata de una solicitud duplicada, el solicitante ya es cliente de la agencia o el solicitante ha fallecido.



Manage User Account

- Incomplete Application:** Applicant hasn't signed the application, sections of the application may have been left blank, and/or not enough documentation was submitted.
- Application Received (Complete Application):** Application has been submitted.
- Application Review:** A complete application has been received & is under review by APD.
- Application Pending:** Application has been received & APD has requested additional information from the applicant.
- Application Decision Notice Sent:** A written notification has been mailed to the applicant with the final determination of eligibility.
- Closed:** This online application will not result in an eligibility determination and is closed because: it is a duplicate application, the applicant is already a client of the agency, or the applicant is deceased.
- Crisis Received:** Crisis application has been submitted.
- Crisis Review:** A complete crisis application has been received and is under review by APD.
- Crisis Pending:** Crisis request has been received and APD has requested additional information from the applicant.
- Crisis Decision Notice Sent:** A written notification has been mailed to the applicant with the final determination of crisis.

Definiciones del estado de las solicitudes en casos de crisis

Las definiciones que figuran a continuación también se incluyen en la página de bienvenida del OAS:

- **Solicitud incompleta en casos de crisis:** la solicitud de ayuda en caso de crisis tiene algunas secciones sin rellenar y/o no se ha presentado más de un documento para su revisión.
- **Solicitud recibida en casos de crisis:** se ha enviado la solicitud en casos de crisis.
- **Solicitud en revisión en casos de crisis:** se ha recibido una solicitud completa en casos de crisis, que actualmente está siendo evaluada por la APD.
- **Solicitud pendiente en casos de crisis:** se ha recibido la solicitud en casos de crisis y la APD ha solicitado información adicional al solicitante.
- **Notificación de decisión en casos de crisis enviada:** se ha enviado por correo al solicitante una notificación por escrito con la resolución definitiva sobre la situación de crisis.
- **Crisis cerrada:** Esta solicitud de crisis en línea está cerrada por los siguientes motivos: es una solicitud duplicada, la solicitud de crisis se retiró o el cliente ha fallecido.

¿Tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-866-APD-CARES (1-866-273-2273) o comuníquese con su oficina local de APD visitando las [ubicaciones de las oficinas locales de la APD](#) o llamando al:

REGIÓN NOROESTE (850) 487-1992

Condados de Bay, Calhoun, Escambia, Franklin, Gadsden, Gulf, Holmes, Jackson, Jefferson, Leon, Liberty, Okaloosa, Santa Rosa, Wakulla, Walton y Washington

REGIÓN NORESTE (904) 992-2440

Condados de Alachua, Baker, Bradford, Clay, Columbia, Dixie, Duval, Flagler, Gilchrist, Hamilton, Lafayette, Levy, Madison, Nassau, Putnam, St. Johns, Suwannee, Taylor, Union, y Volusia

REGIÓN CENTRAL (407) 245-0440

Condados de Brevard, Citrus, Hardee, Hernando, Highlands, Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole y Sumter

REGIÓN SUNCOAST 1-800-615-8720

Condados de Charlotte, Collier, DeSoto, Glades, Hendry, Hillsborough, Lee, Manatee, Pasco, Pinellas y Sarasota

REGIÓN SUDESTE (561) 837-5567

Condados de Broward, Martin, Okeechobee, Indian River, St. Lucie y Palm Beach

REGIÓN SUR (305) 349-1478

Condados de Dade y Monroe