



Documentación necesaria para verificar la residencia y la identificación (certificado de nacimiento, Tarjeta Verde, licencia de conducir, identificación escolar con foto, etc.):

Form area for providing documentation details.

Nombre: _____ (Apellido) (Nombre) (Inicial) (Sufijo)

No. de Seguro Social:* _____

6. Determinación de elegibilidad de APD

Elegible para APD: _____ Fecha: __/__/____

Categoría de elegibilidad: _____

Fecha en que se determinó no elegible: __/__/____

Razón: _____

7. Información colateral o de apoyo o fuente de información sobre la incapacidad (Cociente intelectual, expedientes médicos, expedientes escolares, etc.)

8a. Determinación de elegibilidad para la Exención

Elegible para Exención de Medicaid: Fecha: __/__/____

Fecha en que se determinó no elegible: __/__/____

Razón: _____

8b. Determinación de elegibilidad de ICF

Elegible para ICF: Fecha: __/__/____

Fecha en que se determinó no elegible: __/__/____

Razón: _____

9. Al firmar esta solicitud, entiendo y reconozco que es mi responsabilidad mantener a la Agencia informada de cualquier cambios de dirección o teléfono de manera que pueda ser contactado inmediatamente si la Agencia tiene preguntas acerca de mi solicitud, o si se me considera elegible para recibir servicios, si éstos están disponibles. No mantener a la Agencia informada sobre cómo comunicarse conmigo puede resultar en que no se procese mi solicitud, o si se determina que soy elegible para recibir servicios, que se cancele mi estado de cliente activo. Además, si mi nombre ha sido agregado a la lista de espera de Exención de Medicaid de HCBS, será eliminado de la misma. En caso de que la Agencia no pueda comunicarse conmigo por correo o por teléfono, autorizo a la Agencia a comunicarse con la siguiente persona, que no reside en mi dirección:

CONTACTO ALTERNO:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con el solicitante: _____ Correo electrónico: _____

