

Las áreas grises sólo deben ser completadas por la oficina y el personal de APD.	
Oficina de área: _____ Teléfono: _____ Nombre de empleado de APD: _____ Fecha de la solicitud: _____	
1. Servicios solicitados Solicito los siguientes servicios de la Agencia para Personas Incapacitadas: _____ _____	Solicito la participación en las Exenciones de Servicios a Familias y de Vida Asistida o los Servicios en el Hogar o la Comunidad para Personas con Incapacidades de Desarrollo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No O Solicito atención en una instalación de cuidado intermedio. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Persona para la cual se solicita el apoyo y los servicios Nombre: _____ (Apellido) (Nombre) (Inicial) (Sufijo) No. de Seguro Social:* _____ No. de Medicaid: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Teléfono alterno: _____ Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado legal: _____ (vea las instrucciones) Idioma preferido del solicitante/tutor: _____	3. Persona que ayuda al solicitante Nombre: _____ (Apellido) (Nombre) (Inicial) Relación con el solicitante: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Teléfono alterno: _____ Correo electrónico: _____
	¿Es esta persona un beneficiario activo de servicios de Cuidado Basado en la Comunidad (CBC)/Bienestar de Menores? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí: ¿Está recibiendo servicios fuera del hogar (cuidado sustituto)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Está recibiendo servicios en el hogar (supervisión de protección)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4. Residencia: Marque todos lo que correspondan: <input type="checkbox"/> Residente de Florida <input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Extranjero residente Lugar de nacimiento: _____ (estado) (país) Para recibir servicios de APD, el solicitante debe estar domiciliado en la Florida y ser ciudadano de EE.UU. o extranjero residente.	5. Evaluaciones de elegibilidad: Estoy de acuerdo en participar en la(s) evaluación(es) que sea(n) necesaria(s) para determinar si soy elegible para recibir los servicios que proporciona APD. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Evaluaciones que se necesitan: _____ _____



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

Form area with three horizontal lines 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: _____

10. TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ANTERIORMENTE ES COMPLETA Y CORRECTA, A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____
Para solicitar beneficios del gobierno o tomar decisiones médicas

Nombre en letra de imprenta del representante legal: _____ Relación: _____

Firma de la persona que ayuda al solicitante (si corresponde): _____ Fecha: _____

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

No. de Seguro Social: * _____

11. Referidos

A	Fecha	Contacto	Dirección/Teléfono

He recibido una copia de lo siguiente:

Guía para audiencias administrativas de la Agencia para Personas Incapacitadas - folleto

* Obtener el número de seguro social es para mantener nuestros archivos y es sumamente importante para completar las responsabilidades de nuestra agencia, como lo indica la ley. El número de seguro social no estará disponible para el público en general.