Estado de Connecticut
Departamento de Servicios de Desarrollo

Lista de comprobación para la solicitud

Los paquetes de solicitud recibidos con todos los documentos requeridos enumerados en la siguiente lista de verificación, se pueden procesar al recibir.

Nombre: _____ Residente de (municipalidad): _____ Fecha de nacimiento: _____

- ☐ Paso 1- Rellene el formulario de solicitud de elegibilidad.
- ☐ Paso 2- Incluya lo siguiente en su paquete de solicitud:
- ☐ **Todas las pruebas psicológicas y educativas:** Normalmente estas pruebas se pueden conseguir al pedírselas a las escuelas, agencias o los psicólogos privados.
  - **Pruebas de inteligencia/ cognoscitivas:** Estas pruebas, tales como la Wechsler o Stanford-Binet, evalúan la habilidad intelectual/cognoscitiva y mediante las cuales se genera la puntuación del coeficiente de inteligencia. Favor de entregar todas las pruebas disponibles. La puntuación del coeficiente de inteligencia es un requisito para los solicitantes mayores de 8 años de edad.
  - **Pruebas de las destrezas adaptativas:** Estas pruebas, tales como la Vineland o Sistema de Evaluación Conductual para Niños (BASC), evalúan la habilidad del solicitante en realizar las actividades diarias tales como vestirse, asearse y las destrezas sociales. Favor de entregar todas las pruebas disponibles.
  - **Pruebas diagnosticas de autismo (si corresponde):** Estas pruebas, tales como la Escala Gillman de Valoración del Autismo (GARS), la Escala de Valoración del Autismo Infantil (CARS), o el Programa de Observación Diagnóstico de Autismo (ADOS), indican un diagnóstico de un trastorno del espectro autista.
- ☐ **Historial médico y el examen físico más reciente:** Normalmente esto se puede conseguir pidiéndoselo al médico de cabecera. Si existen evaluaciones psiquiátricas, éstas también se han de incluir. Si al solicitante le han diagnosticado con síndrome Prader Willi, favor de incluir una copia del informe médico con dicho diagnostico.
- ☐ **Acuse de recibo del formulario HIPAA:** Este formulario lo ha de rellenar y firmar el solicitante, si el solicitante tiene 18 o más años de edad, o por el tutor legal del solicitante al ser el solicitante menor de 18 años, y tener un tutor legal nombrado por los tribunales.
- ☐ **Formularios de la tutela o curatela:** Proporcionar un decreto Tribunal Testamentario de designación de tutela o curaduría, si corresponde. Si designado de fuera del estado, se debe proporcionar un decreto Tribunal Testamentario en el estado de Connecticut; si no está disponible, el solicitante (Edad 18+) debe firmar la solicitud y la HIPAA.
- ☐ **Prueba de residencia estatal:** Puede proveer o bien una licencia de manejar expedida por el estado de Connecticut, un documento de identidad con foto expedido por el estado de Connecticut, o una tarjeta DSS Connect, etc.
- ☐ **Copia de los siguientes documentos:** Acta de nacimiento, tarjeta de la seguridad social, tarjeta del seguro médico y tarjeta de Medicaid (si corresponde). Para la exención de la Niñez Temprana de Autismo, los servicios no serán proporcionados sin la tarjeta Husky A or B.
- ☐ **Información educativa:** Incluya los últimos tres (3) años de expedientes académicos, a incluir los Planes de Educación Individualizados (PEI), los resultados de las pruebas estandarizadas, y las evaluaciones trienales. Para los solicitantes menores de 5 años de edad, favor de entregar una copia del PIE actual (si no reciben servicios del programa de niños de cero a tres) o el Plan de Apoyo Familiar Individualizado (IFSP).
- ☐ Paso 3- Si le falta cualquiera de los antemencionados documentos, tendrá que firmar un formulario de **Divulgación de Información** y ENVIARLO a su médico, psicólogo, escuela o clínica pidiendo estos expedientes. **NO envíe los formularios de divulgación de información al DDS, el DDS NO PUEDE enviar estos documentos a su nombre**.

Envíe la correspondencia través del:

Correo postal: **DDS Eligibility Unit, 460 Capitol Avenue, Hartford, CT 06106**
Fax: **(860) 622-2797**
Correo electrónico: DDS.Eligibility@ct.gov

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios de Desarrollo
Solicitud de Elegibilidad

¿Qué servicios se le solicita? 1) Discapacidad Intelectual **2)** División de Servicios del Espectro Autista **3)** Temprano Renuncia Autismo Infantil
(***Por favor seleccione todos los que aplican***)

Solicitante

Primero, Segundo, y apellido: _____ Teléfono de la casa: _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal: _____ Fax: _____

Fecha de nacimiento: _____ Masculino o femenino _____ Correo electrónico _____

Número de seguro social: _____-____-_____ Número de Medicaid: _____ Seguros Privados: Sí o No
(Adjuntar copia de la tarjeta de Medicaid)

Opcional: Raza _____ Origen étnico _____ Idioma principal _____

Servicios de persona que solicita (Fuente de referencia con relación con el solicitante)

Primero, Segundo, y apellido: _____ Teléfono de la casa: _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal: _____ Fax: _____

Organización/Relación (si corresponde): _____ Correo electrónico _____

¿ Tiene retraso mental o discapacidad intelectual sido determinado por la evaluación? Sí o no

En caso afirmativo, dónde y cuándo _____

¿Un trastorno del espectro autista ha sido determinado por la evaluación? Sí o no
En caso afirmativo, dónde y cuándo _____

¿Un Tribunal de Sucesiones ha nombrado un tutor o curador para esta persona? Sí o no
En caso afirmativo, por favor adjunte una copia del decreto, y proporcionar el nombre del Tribunal y la información de la persona designada:

_____

(Si designado de fuera del estado, por favor proporcione una copia del decreto de estado de Connecticut; si no está disponible, el solicitante (Edad 18+) debe firmar la solicitud y formulario de HIPAA).

Primero, Segundo, y apellido: _____ Teléfono de la casa: _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal: _____ Fax: _____

Correo electrónico _____

Firma: _____ **Fecha**: _____
Firma del representante legal o solicitante (Edad 18+)

Por favor complete toda la información en este formulario y firmarlo antes de enviarlo a la Unidad de Elegibilidad.
Nosotros no seremos capaces de actuar sobre su solicitud sin la información necesaria.

Estado de CONNECTICUT
Departamento de Servicios de Desarrollo
Solicitud de Elegibilidad

Por favor, complete esta sección **sólo si** el solicitante recibe los servicios de DMHAS (Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción).

Nombre del trabajador social del DMHAS: _____
Número de teléfono del trabajador: _____

Número de teléfono del trabajador: _____

Por favor, complete esta sección **sólo si** el solicitante recibe los servicios de DCF (Departamento de Niños y Familias). Una orden jurisdiccional/disposición o orden de compromiso de DCF debe ser proporcionada. Por favor, elija la situación jurídica con DCF a continuación:

_____ Voluntario
_____ Comprometido
_____ Justicia Juvenil Compromiso
_____ Familia con las necesidades del servicio
_____ Caso sigue con las investigaciones
_____ Otro: _____

Nombre del trabajador social del DCF: _____
Número de teléfono del trabajador: _____

Si alguien le ayuda con esta aplicación:

Por favor, completa la información a continuación si una persona distinta del solicitante o tutor está ayudando con la aplicación. La persona que elija para ayudar a usted puede ser un miembro de la familia, amigo, maestro, consejero, trabajador social, etc.

_____ _____ _____
Firma de la persona que completa este formulario **Cargo/título** **Fecha**

Nombre (letra de imprenta) _____
Relación con el solicitante _____
Agencia _____
Número de teléfono _____

Doy permiso a DDS para hablar de mi solicitud y registros con la persona nombrada arriba para el propósito de completar el proceso de determinación de elegibilidad.

_____ _____
Firma del solicitante (Edad 18+)/tutor en caso de ser menor de 18 años de edad **Fecha**

Hoja Informativa Sobre la Elegibilidad

Discapacidad mental/ Retraso mental

Para que uno sea elegible para los apoyos o servicios ofrecidos por el Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) uno ha de:

1. Ser residente del estado de Connecticut y
2. Padecer de una discapacidad intelectual/ retraso mental conforme a la definición en los estatus generales de Connecticut §1-1g (vea a continuación)

   O

   Tener un diagnóstico de trastorno del espectro de autismo

   O

   Proveer un diagnóstico médico de síndrome Prader-Willi (PWS), el cual es un trastorno genético neuro-conductual que ha de ser diagnosticado por un médico.

Discapacidad intellectual/ retraso mental

Definición Conforme a los estatus generales de Connecticut, §1-1g, el retraso mental, también denominado discapacidad intelectual se define como: sub-sección (a) "retraso mental" significa una limitación importante en el funcionamiento intelectual y un déficit en la conducta adaptativa que tuvieron origen durante el periodo de desarrollo antes de cumplir los 18 años.	**¿Qué significa esto?** Una persona con un coeficiente intelectual de 69 o menos, determinado por las pruebas de inteligencia/ cognoscitivas, y con limitaciones importantes en su funcionamiento adaptativo que se desarrollaron durante el periodo de desarrollo comprendido entre el nacimiento y los 17 años de edad.
¿Qué pruebas necesito? Para demostrar que una persona padece de una discapacidad intelectual/ retraso mental, necesita entregar una copia de todas las pruebas de inteligencia/cognoscitivas y pruebas de funcionamiento adaptativo a las que se haya sometido. Los resultados en las pruebas de inteligencia/cognoscitivas han de ser de 69 puntos o menos. Las limitaciones importantes de inteligencia y destrezas adaptativas han de estar presentes a la vez y haber existido antes de que el individuo hubiera cumplido los 18 años de edad.	**¿Dónde y quién me puede hacer las pruebas?** Se puede someter a pruebas de discapacidad intelectual/ retraso mental en cualquier clínica, hospital o escuela (si tiene menos de 21 años de edad). El evaluador debe ser especialista en tratar individuos de su edad y tener entrenamiento, experiencia y competencia en diagnosticar la discapacidad intelectual/ retraso mental. Esto puede incluir un psiquiatra, psicólogo, neurólogo, pediatra especializado en el desarrollo, psicólogo escolar certificado, o cualquier otro profesional entrenado y con pericia en la materia.

¿Qué pasa si se determina que no soy elegible?

Si se determina que no es elegible, las razones por dicha determinación se explicarán en la carta de notificación. También, se incluirá un formulario para que usted lo presente para solicitar una audiencia sobre la determinación de inelegible. Puede presentar este formulario hasta unos 60 días después de haber recibido su determinación de elegibilidad.

¿Qué pasa si se determina que sí soy elegible?

Una vez se haya determinado elegibilidad, se le asignará a una región del DDS (vea el mapa a continuación) para ayudarle a tener acceso a servicios y apoyos. Sin embargo, le elegibilidad a servicios no es una garantía de que se pueda cumplir con las peticiones de servicios inmediatamente. Los servicios del Departamento de Servicios de Desarrollo se proveen de acuerdo a prioridad y contando con las asignaciones disponibles.

DDS
ESTADO DE CONNECTICUT
DEPARTAMENTO DE SERVICOS DE DESAROLLO

460 Capitol Avenue, Hartford, Connecticut 06106 ◆ Teléfono: 860/418-6000 ◆ Fax: 860/622-6001 ◆ Email: ddsct.co@ct.gov

Noviembre 2007

Hoja de información para el individuo y la familia

HIPAA individual y la Hoja de familia: Ley de Seguro de Salud de Portabilidad Accountiability de 1996

¿Sabía que el DDS ahora se acata a las normas de HIPPA de por mandato federal?

¿Qué es HIPPA?

El gobierno federal ha establecido leyes/normas de privacidad referente a la información médica para todos los ciudadanos. Estas normas son parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico del 1996 (HIPPA) y provee la primera protección federal exhaustiva de la "informción médica".

¿Es nueva la política de proteger mi información de la salud?

El DDS siempre ha mantenido buenas prácticas referente a la privacidad y confidencialidad basándose en las leyes del estado de Connecticut. La nueva ley federal establece una serie de normas para todos los estados.

¿Cómo le afecta HIPPA a los individuos envueltos con el DDS?

Estas leyes/normas y leyes ya vigentes estatales aseguran que el DDS:

1. Se asegurará de que cualquier información médica personalmente identificable** se mantenga privada y
2. Le entregará a usted un aviso por escrito sobre nuestras obligaciones legales y políticas de la privacidad respeto

¿Qué es el aviso de la política de la privacidad de la salud frente a la información médica protegida?

El aviso de la política de la privacidad de la salud frente a la información medica protegida está a la disposición de todos los individuos servidos por el departamento. El aviso describe cómo el DDS puede usar y compartir su información médica protegida y explica cómo usted puede ejercer sus derechos. El aviso le ayudará a entender cómo compartimos información sobre usted y cómo puede usted asegurarse de la precisión de la misma. Una explicación más detallada titulado "Aviso de prácticas de privacidad para información médica protegida" se puede encontrar en www.ct.gov / dds o una copia se puede enviar a usted a petición contactando 860-418-6000.

¿Cómo comparte el DDS mi información médica protegida?

El DDS y las agencies que le están proveyendo servicios actualmente comparten su información para fines de la provisión de servicios. Una parte de su información se comparte con fines de facturación o evaluaciones de calidad y mejoras. A no sea que usted nos provea con una autorización, su información médica protegida no se compartirá con nadie fuera del DDS o las agencias actualmente proveyéndole servicios, salvo bajo las excepciones permitidas y requeridas descritas en el aviso.

¿Cuándo se puede compartir mi información médica protegida?

Aquellas divulgaciones no permitidas o requeridas por la ley requerirán su autorización.

¿Cómo sabré cuándo se está compartiendo mi información médica protegida?

Usted puede pedir una justificación de la divulgación de su información médica protegida. En el caso que una divulgación no esté permitida o requerida, su información médica protegida no puede ser compartida hasta que usted o su tutor hayan sido avisados de la petición y hayan firmado una autorización específicamente para compartir dicha información solicitada. Su administrador de caso le notificará a usted o su tutor de cualquier solicitud que haya para su información médica protegida de partes fuera del círculo autorizado (cualquier agencia fuera del DDS y agencies trabajando con usted y proveyéndole servicios).

¿Cómo recibiré las autorizaciones necesarias para compartir información médica protegida con partes fuera del círculo autorizado?

Su administrador del caso le notificará a usted o su tutor en cuanto a las solicitudes que el DDS reciba para su información médica protegida iniciado por una tercera parte, y le proveerá con el formulario apropiado o bien en persona o por correo. Si usted o su tutor/curador están de acuerdo en compartir dicha información médica protegida solicitada, rellene el formulario y devuélvaselo a su administrador del caso. Si usted es quien está solicitando la divulgación de información médica protegida, puede comunicarse con su administrador del caso para conseguir el formulario de autorización.

¿Si tengo más preguntas sobre las normas HIPPA y cómo me afectan, a quién puedo llamar?

Puede comunicarse con el director de mejora de calidad de su región DDS. Además, puede que su administrador del caso también le pueda ayudar.

Definiciones de HIPPA

*** Información médica**

Cualquier información, sea oral o por escrita, que haya sido creada o recibida por una agencia de sanidad, seguro médico, empleador, seguro de vida, escuela o universidad. La información médica puede referirse a condiciones médicas o de la salud mental del pasado, el presente o futuro, o pagos futuros para la provisión de cuidados futuros a un individuo.

**** Información médica personalmente identificable**

Información que es una subcategoría de la información médica, incluyendo información demográfica compilada del individuo y que identifica a la persona, o aquella en la que haya una base razonable para creer que dicha información podría usarse para identificar al individuo.

***** Información médica protegida**

Información médica personalmente identificable: trasmitida por medios electrónicos, archivada en medios electrónicos o cualquier otro medio. La información médica protegida excluye la información médica personalmente identificable que se encuentra en los expedientes escolares gobernados por la ley de Derechos y Privacidad Educativa de la Familia (FERPA) o los expedientes de empleo.

Mientras que el Departamento de Servicios de Desarrollo siempre ha mantenido altos estándares en cuanto a la práctica de la confidencialidad, el gobierno federal ha establecido estas normas de privacidad para que las sigan todas las compañías de seguros y proveedores de atenciones médicas para proteger la información médica. Las directrices del gobierno federal se hacen frente a una preocupación creciente del público sobre el uso de computadoras y tecnología por las organizaciones de la sanidad. Estas nuevas directrices del gobierno federal se aplicarán a todas las organizaciones de la sanidad. Tales como: el DDS, DCF, DMHAS, DSS y las agencies privadas afiliadas para garantizar la integridad de la confidencialidad de información médica personal.

STATE OF CONNECTICUT
Department of Developmental Services

Acknowledgement Form For HIPAA
Individual and Family Fact Sheet
HIPAA: Health Insurance Portability Accountiability Act of 1996

I have been provided an *Individual and Family Fact Sheet HIPAA: Health Insurance Portability Accountiability Act of 1996* that describes how information is used by the Department to provide services. This notice also includes a description of my rights regarding protected health information.

I understand DDS reserves the right to change their practices and notice. Prior to implementation of these changes a new notice will be available to me.

I understand I may be requested to sign specific *authorization* for uses and disclosures of my health information, which are not addressed in the notice.

Formulario de Reconocimiento
HIPAA individual y la Hoja de familia: Ley de Seguro de Salud de Portabilidad Accountiability de 1996

Se me ha brindado una *HIPAA individual y la Hoja de familia: Ley de Seguro de Salud de Portabilidad Accountiability de 1996,* que describe cómo usa la información el Departamento para brindar servicios. Esta notificación incluye también una descripción de mis derechos con relación a la información protegida sobre la salud.

Entiendo que el DDS se reserva el derecho a cambiar sus prácticas y notificación, y que antes de la implementación de estos cambios tendré a mi disposición una nueva notificación.

Entiendo que se me podrá pedir que firme una *autorización* específica para los usos y divulgaciones de la información sobre mi salud, que no se tratan en la notificación.

_____ _____

Signature of Individual or Legal Representative — Date
Firma de la persona o representante legal — Fecha

Effective Date of Notice: April 14, 2003 [Día de vigencia de la notificación: 14 de abril de 2003]

---

* Please explain relationship to individual/* Por favor explique su relación con la persona

_____

_____

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios de Desarrollo

Autorización para la divulgación de información

El DDS NO PUEDE enviar este formulario por usted. Usted mismo lo ha de enviar.
Rellene este formulario completamente. NO ENVIE ESTE FORMULARIO AL DDS.
USTED HA DE ENVIAR una copia a cada médico, agencia, escuela, etc. a quien está pidiendo expedientes. Ellos enviarán la información al DDS.

Información del solicitante

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Fecha de nacimiento _____

Organización (Agencia o empresa que tiene los documentos solicitados)

Nombre de la organización _____

Persona de contacto o cargo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Información solicitada (Marque todas las casillas que correspondan antes de firmar la autorización)
Para determinar la elegibilidad del solicitante se requiere toda la información que tenga la agencia desde la fecha más temprana hasta la más reciente.

❑	Registros académicos	**Últimos 3 años de registros educativos, incluyendo Planes Individuales de la Educación (EIP), resultados de pruebas estandarizadas, IQ y evaluaciones trienales.**
❑	Registros médicos	**La mayoría de los informes físicos y las recientes médicas o psiquiátricas que proporcionan información sobre el funcionamiento intelectual y adaptativo durante el periodo del desarrollo (desde el nacimiento hasta el 17).**
❑	Registros psicológicos	**Reportes de psicología con el coeficiente intelectual (IQ), y resultados de las pruebas de adaptación.**
❑	Registros Vocacionales	
❑	Historial del desarrollo	
❑	Registros psiquiátricos	

Entiendo que esta autorización se caducará una vez la información se haya compartido con el DDS o al año de firmar la misma. Entiendo que puedo revocar dicha autorización en cualquier momento. Entiendo que cualquier acción tomada conforme a la autorización antes de la fecha de rescisión es vinculante a los efectos legales. Las instrucciones de cómo cancelar dicha autorización están incluidas en las Políticas de Privacidad de la Sanidad de la ante-nombrada agencia, También entiendo que puedo pedir una copia de las Normas de Abuso de Información Confidencial del estado de Connecticut gobernando la infección por VIH, SIDA o condiciones relacionadas al SIDA, el destinatario de la información no puede divulgar dicha información sin autorización directa salvo cuando esté permitido por las leyes estatales o federales. Entiendo que si mi expediente contiene información referente a la infección por VIH, SIDA, condiciones relacionadas al SIDA, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, la presente divulgación incluirá dicha información. Es más, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

*Entiendo que la confidencialidad de los expedientes psicológicos o psiquiatras es requerida conforme al capitulo 899 de los estatutos generales de Connecticut. Esta información no será enviada a persona alguna sin autorización por escrito o cualquier otra autorización descrita en los antemencionados estatutos.

_____ _____ _____

Firma del solicitante o padre/tutor* | Nombre del solicitante o padre/tutor en letra de molde | Fecha

* Relación al solicitante _____

Para determinar la elegibilidad del solicitante en recibir servicios del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), autorizo a la agencia nombrada que divulgue la información solicitada a continuación a:

Department of Developmental Services - Eligibility Unit
460 Capitol Avenue
Hartford, CT 06106
Fax: (860) 622-2797 Toll Free (866) 433-8192
Agency Website: ct.gov/dds

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios de Desarrollo

Autorización para la divulgación de información

El DDS NO PUEDE enviar este formulario por usted. Usted mismo lo ha de enviar.
Rellene este formulario completamente. NO ENVIE ESTE FORMULARIO AL DDS.
USTED HA DE ENVIAR una copia a cada médico, agencia, escuela, etc. a quien está pidiendo expedientes. Ellos enviarán la información al DDS.

Información del solicitante

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Fecha de nacimiento _____

Organización (Agencia o empresa que tiene los documentos solicitados)

Nombre de la organización _____

Persona de contacto o cargo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Información solicitada (Marque todas las casillas que correspondan antes de firmar la autorización)
Para determinar la elegibilidad del solicitante se requiere toda la información que tenga la agencia desde la fecha más temprana hasta la más reciente.

❑	Registros académicos	**Últimos 3 años de registros educativos, incluyendo Planes Individuales de la Educación (EIP), resultados de pruebas estandarizadas, IQ y evaluaciones trienales.**
❑	Registros médicos	**La mayoría de los informes físicos y las recientes médicas o psiquiátricas que proporcionan información sobre el funcionamiento intelectual y adaptativo durante el periodo del desarrollo (desde el nacimiento hasta el 17).**
❑	Registros psicológicos	**Reportes de psicología con el coeficiente intelectual (IQ), y resultados de las pruebas de adaptación.**
❑	Registros Vocacionales	
❑	Historial del desarrollo	
❑	Registros psiquiátricos	

Entiendo que esta autorización se caducará una vez la información se haya compartido con el DDS o al año de firmar la misma. Entiendo que puedo revocar dicha autorización en cualquier momento. Entiendo que cualquier acción tomada conforme a la autorización antes de la fecha de rescisión es vinculante a los efectos legales. Las instrucciones de cómo cancelar dicha autorización están incluidas en las Políticas de Privacidad de la Sanidad de la ante-nombrada agencia, También entiendo que puedo pedir una copia de las Normas de Abuso de Información Confidencial del estado de Connecticut gobernando la infección por VIH, SIDA o condiciones relacionadas al SIDA, el destinatario de la información no puede divulgar dicha información sin autorización directa salvo cuando esté permitido por las leyes estatales o federales. Entiendo que si mi expediente contiene información referente a la infección por VIH, SIDA, condiciones relacionadas al SIDA, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, la presente divulgación incluirá dicha información. Es más, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

*Entiendo que la confidencialidad de los expedientes psicológicos o psiquiatras es requerida conforme al capitulo 899 de los estatutos generales de Connecticut. Esta información no será enviada a persona alguna sin autorización por escrito o cualquier otra autorización descrita en los antemencionados estatutos.

_____ _____ _____

Firma del solicitante o padre/tutor* | Nombre del solicitante o padre/tutor en letra de molde | Fecha

* Relación al solicitante _____

Para determinar la elegibilidad del solicitante en recibir servicios del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), autorizo a la agencia nombrada que divulgue la información solicitada a continuación a:

Department of Developmental Services - Eligibility Unit
460 Capitol Avenue
Hartford, CT 06106
Fax: (860) 622-2797 Toll Free (866) 433-8192
Agency Website: ct.gov/dds

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios de Desarrollo

Autorización para la divulgación de información

El DDS NO PUEDE enviar este formulario por usted. Usted mismo lo ha de enviar.
Rellene este formulario completamente. NO ENVIE ESTE FORMULARIO AL DDS.
USTED HA DE ENVIAR una copia a cada médico, agencia, escuela, etc. a quien está pidiendo expedientes. Ellos enviarán la información al DDS.

Información del solicitante

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Fecha de nacimiento _____

Organización (Agencia o empresa que tiene los documentos solicitados)

Nombre de la organización _____

Persona de contacto o cargo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Información solicitada (Marque todas las casillas que correspondan antes de firmar la autorización)
Para determinar la elegibilidad del solicitante se requiere toda la información que tenga la agencia desde la fecha más temprana hasta la más reciente.

❑	Registros académicos	**Últimos 3 años de registros educativos, incluyendo Planes Individuales de la Educación (EIP), resultados de pruebas estandarizadas, IQ y evaluaciones trienales.**
❑	Registros médicos	**La mayoría de los informes físicos y las recientes médicas o psiquiátricas que proporcionan información sobre el funcionamiento intelectual y adaptativo durante el periodo del desarrollo (desde el nacimiento hasta el 17).**
❑	Registros psicológicos	**Reportes de psicología con el coeficiente intelectual (IQ), y resultados de las pruebas de adaptación.**
❑	Registros Vocacionales	
❑	Historial del desarrollo	
❑	Registros psiquiátricos	

Entiendo que esta autorización se caducará una vez la información se haya compartido con el DDS o al año de firmar la misma. Entiendo que puedo revocar dicha autorización en cualquier momento. Entiendo que cualquier acción tomada conforme a la autorización antes de la fecha de rescisión es vinculante a los efectos legales. Las instrucciones de cómo cancelar dicha autorización están incluidas en las Políticas de Privacidad de la Sanidad de la ante-nombrada agencia, También entiendo que puedo pedir una copia de las Normas de Abuso de Información Confidencial del estado de Connecticut gobernando la infección por VIH, SIDA o condiciones relacionadas al SIDA, el destinatario de la información no puede divulgar dicha información sin autorización directa salvo cuando esté permitido por las leyes estatales o federales. Entiendo que si mi expediente contiene información referente a la infección por VIH, SIDA, condiciones relacionadas al SIDA, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, la presente divulgación incluirá dicha información. Es más, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

*Entiendo que la confidencialidad de los expedientes psicológicos o psiquiatras es requerida conforme al capitulo 899 de los estatutos generales de Connecticut. Esta información no será enviada a persona alguna sin autorización por escrito o cualquier otra autorización descrita en los antemencionados estatutos.

_____ _____ _____

Firma del solicitante o padre/tutor* | Nombre del solicitante o padre/tutor en letra de molde | Fecha

* Relación al solicitante _____

Para determinar la elegibilidad del solicitante en recibir servicios del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), autorizo a la agencia nombrada que divulgue la información solicitada a continuación a:

Department of Developmental Services - Eligibility Unit
460 Capitol Avenue
Hartford, CT 06106
Fax: (860) 622-2797 Toll Free (866) 433-8192
Agency Website: ct.gov/dds