

# COTTONWOOD CDDO

2801 W 31<sup>st</sup> St., Lawrence KS 66047  
Los condados de Douglas y Jefferson

## -Directrices para la aplicación Determinación de Elegibilidad-

Gracias por su interés en solicitar financiación para I/DD Services. En este momento hay una lista de espera para la financiación de estos servicios. Por favor revise la siguiente lista y completar las formas como se indica. La elegibilidad se determinado que todos los documentos se han recibido. (Permite un máximo de 45 días para procesar su solicitud.) **Usted se pondrá en contacto con el Enlace CDDO partir de la elegibilidad ha sido determinada.**

### **ES RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE PARA ASEGURAR QUE EL SIGUIENTES DOCUMENTOS SE ENTREGAN AL CDDO.**

Los documentos pueden ser enviados por correo, por fax o en mano a Cottonwood CDDO. Registros por fax también se aceptarán los profesionales. Fax: (785) 576-1124

- Copia de **Tarjeta de Seguro Social**
- Copia del **Acta de Nacimiento** (<http://www.vitalrec.com>)
- Copia de **los documentos de adopción** (si es aplicable)
- Copia de **los documentos de tutela** (si tiene un tutor)
- Copia de la **tarjeta de Medicaid**
- Terceros Formulario de Responsabilidad y Copia de Tarjeta de Seguro(s)** (página 4)
- Solicitud de Elegibilidad** - completado y firmado (páginas 2-3)
- La liberación de la información** que autorizan la CDDO para intercambiar información con cualquier agencias y profesionales que están o han estado involucrados con la inclusión de las escuelas que son o han asistido. (páginas 5-7)

**La parte superior debe ser completado y parte inferior debe estar firmada y fechada**

- Registros escolar para incluir:** IEP, evaluación psicológica, Escuela de Inteligencia Partituras / pruebas y evaluaciones, y los registros de la primera infancia.
- Servicios de Registros que incluyen:** Habla, Terapia Ocupacional y Física, TinyK, Success by 6 y otros terapias.
- Registros de diagnóstico:** Documentación de su diagnóstico determinado por una licencia profesional, una evaluación psicológica, la documentación de soporte de prueba / evaluación utilizado para determinar el diagnóstico de que cumple los criterios de Servicios de I/DD.

(Ver [Requisitos de Elegibilidad Kansas](#), Ver [Información Evaluación Psicológica](#) )

**Si usted no ha tenido una evaluación psicológica, no han sido evaluados, tiene preguntas sobre el proceso o si necesita más información acerca de qué documentos son necesarios para determinar elegibilidad, por favor póngase en contacto con Angela Drake en (785) 840-1614**

**- Información del solicitante -**

(Revisado el 2-22-17)

<b>Nombre:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____	
<b>Nombre de soltera:</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____	
<b>Fecha de nacimiento:</b> _____	<b>Edad:</b> _____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Dirección:</b> _____		
<b>Número de Medicaid:</b> _____	<b>Número de Seguro Social:</b> _____	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA PADRES**

*(Para los solicitantes menores de 18 años de edad)*

<b>Padres:</b> _____
<b>Dirección:</b> _____
<b>Teléfono:</b> de la casa _____ Trabajo: _____ Celular: _____
<b>Correo Electrónico:</b> _____

**INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA TUTOR LEGAL**

*(para solicitantes de 18 años de edad y er o el niño en custodia)*

<b>Nombre del Tutor:</b> _____ <input type="checkbox"/> Yo también soy el Padre
<b>Dirección:</b> _____
<b>Teléfono:</b> de la casa _____ Trabajo: _____ Celular: _____
<b>Correo Electrónico:</b> _____

**OTRA PERSONA DE CONTACTO** *(Si es aplicable)*

<b>Persona de Contacto:</b> _____
<b>Dirección:</b> _____
<b>Teléfono:</b> de la casa _____ Trabajo: _____ Celular: _____
<b>Correo Electrónico:</b> _____
<b>Relación con el solicitante:</b> _____

## MÉDICO / PSICOLÓGICO INFORMACIÓN

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**La edad de inicio de la discapacidad:** \_\_\_\_\_ **Antecedentes de convulsiones:**  Sí  No

**Haga una lista de Impedimentos Físicos / problemas médicos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia de los Servicios de Salud Mental / Hospitales:** (Incluya la ciudad y estado)

1. Nombre Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: (Mes / año) \_\_\_\_\_

2. Nombre Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: (Mes / año) \_\_\_\_\_

**Las evaluaciones de los Centros de Diagnóstico:** (Incluya la ciudad y estado)

1. Nombre Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: (Mes / año) \_\_\_\_\_

2. Nombre Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: (Mes / año) \_\_\_\_\_

**La colocación en otras Instalaciones:** (Incluya la ciudad y estado)

1. Nombre Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: (Mes / año) \_\_\_\_\_

2. Nombre Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: (Mes / año) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

**Nombre de la escuela actual o el último que asistió:** \_\_\_\_\_

**Ciudad / Estado:** \_\_\_\_\_ **Nivel más alto grado alcanzado:** \_\_\_\_\_

**Asistió a clases de educación especial:**  Sí  No **Fecha de graduación:** \_\_\_\_\_

**Participa con la readaptación profesional a través de DCF** (Departamento de Niños y Familias)  Sí  No

**Actualmente Empleado:**  Yes  No **Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_

**Cualquier Empleo Anterior:** \_\_\_\_\_

## FIRMAS

Al firmar su nombre debajo de usted de acuerdo en que la información proporcionada en esta solicitud es correcta y que también han recibido el Aviso de prácticas de privacidad (incluido en el paquete de elegibilidad)

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre / Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Visite nuestro directorio de recursos en línea en el sitio web CDDO: [www.cddo.cwood.org](http://www.cddo.cwood.org)



## Responsabilidad frente a terceros

Revised: 2/22/17

Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_ Medicaid #: \_\_\_\_\_

### **Información sobre Seguros Política**

- Seguro de Medicaid sólo
- Seguro directo distinto a Medicaid (cuadro de información completa a continuación)

**Adjunte copias de todas las tarjetas de seguro a este formulario y devolverlo a Cottonwood CDDO**

Nombre de la compañía de seguros _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____
Nombre del asegurado _____
Asegurado dirección _____
Asegurado seguro social _____
Asegurado la fecha de nacimiento _____ Número de póliza _____
Política de grupo número _____ Relación con beneficiario _____

### **Aviso al Beneficiario por Adelantado**

Esto constituye por anticipado para usted, el beneficiario, que si todos los requisitos del programa se cumplen por el proveedor y el pago no se realiza por Medicaid, usted puede ser responsable de los cargos si sus servicios no están cubiertos por Medicaid.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

COTTONWOOD CDDO  
2801 West 31<sup>st</sup> St., Lawrence, KS 66047  
(785) 840-1632

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION)

**PARA INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO**  
(FOR DIAGNOSTIC INFORMATION)

**Por la presente doy mi consentimiento para release / uso de la información a / desde:**  
(I hereby give consent for release/use of information to/from)

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dirección de la Agencia / Persona / Teléfono / Fax #)  
(Name & Address of Agency / Person / Phone / Fax #)

**Con respecto a:** \_\_\_\_\_

(Regarding)

\_\_\_\_\_  
(Nombre)  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)  
(Date of Birth)

**Hacia / Desde:** (To/From) Cottonwood, Inc. CDDO, 2801 West 31<sup>st</sup> St., Lawrence, KS 66047

**La siguiente información:** (The Following Information)

Diagnóstico    Médico    Evaluaciones    Evaluaciones Psicológicas    Historia Social  
(Diagnostic)   (Medical)   (Evaluations)   (Psychological Evaluations)   (Social History)

Otros: \_\_\_\_\_  
(Other)

**Se solicita con el propósito de:** Determinar la elegibilidad para los servicios para las personas con discapacidades del desarrollo.

(Is requested for the purpose of: Determining eligibility for services for individuals with developmental disabilities.)

**Formulario de información:** (formas de información enumeradas a continuación)

**Form of information:** (forms of information listed below apply)

El material escrito (Written material)   Verbal (Verbal)

*Yo entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona (s) que recibe ella y ya no protegidos por la normativa federal de privacidad. Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación personal Cottonwood de mi deseo de revocarlo. Sin embargo, entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las medidas adoptadas por Cottonwood, Inc. en virtud de esta autorización. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para los beneficios.*

Esta autorización vencerá un año desde la fecha de su firma.

Firma (Signature) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Tutor (Guardian): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Tutor legal o padre de un menor de edad)  
(Legal Guardian or Parent of a Minor)

**Devuelva este formulario firmado y debidamente llenado a la CDDO**

(Revisado 12-29-11)

COTTONWOOD CDDO  
2801 West 31<sup>st</sup> St., Lawrence, KS 66047  
(785) 840-1632

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION)

**PARA INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO**  
(FOR DIAGNOSTIC INFORMATION)

**Por la presente doy mi consentimiento para release / uso de la información a / desde:**  
(I hereby give consent for release/use of information to/from)

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dirección de la Agencia / Persona / Teléfono / Fax #)  
(Name & Address of Agency / Person / Phone / Fax #)

**Con respecto a:** \_\_\_\_\_

(Regarding)

\_\_\_\_\_  
(Nombre)  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)  
(Date of Birth)

**Hacia / Desde:** (To/From) Cottonwood, Inc. CDDO, 2801 West 31<sup>st</sup> St., Lawrence, KS 66047

**La siguiente información:** (The Following Information)

Diagnóstico    Médico    Evaluaciones    Evaluaciones Psicológicas    Historia Social  
(Diagnostic)   (Medical)   (Evaluations)   (Psychological Evaluations)   (Social History)

Otros: \_\_\_\_\_  
(Other)

**Se solicita con el propósito de:** Determinar la elegibilidad para los servicios para las personas con discapacidades del desarrollo.

(Is requested for the purpose of: Determining eligibility for services for individuals with developmental disabilities.)

**Formulario de información:** (formas de información enumeradas a continuación)

**Form of information:** (forms of information listed below apply)

El material escrito (Written material)   Verbal (Verbal)

*Yo entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona (s) que recibe ella y ya no protegidos por la normativa federal de privacidad. Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación personal Cottonwood de mi deseo de revocarlo. Sin embargo, entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las medidas adoptadas por Cottonwood, Inc. en virtud de esta autorización. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para los beneficios.*

Esta autorización vencerá un año desde la fecha de su firma.

Firma (Signature) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Tutor (Guardian): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Tutor legal o padre de un menor de edad)  
(Legal Guardian or Parent of a Minor)

**Devuelva este formulario firmado y debidamente llenado a la CDDO**

(Revisado 12-29-11)

COTTONWOOD CDDO  
2801 West 31<sup>st</sup> St., Lawrence, KS 66047  
(785) 840-1632

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION)

**PARA LOS REGISTROS ESCOLARES**  
**(FOR SCHOOL RECORDS)**

**Por la presente doy mi consentimiento para release / uso de la información a / desde:**  
(I hereby give consent for release/use of information to/from)

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dirección de la Escuela / Agencia / Persona / Teléfono / Fax #)  
(Name & Address of School / Agency / Person / Phone / Fax #)

**Con respecto a:** \_\_\_\_\_  
(Regarding)

\_\_\_\_\_  
(Nombre)  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)  
(Date of Birth)

**Hacia / Desde:** (To/From) Cottonwood, Inc. CDDO, 2801 West 31<sup>st</sup> St., Lawrence, KS 66047

**La siguiente información:** (The Following Information)

Diagnóstico  Médico  Evaluaciones  Evaluaciones Psicológicas  
(Diagnostic) (Medical) (Evaluations) (Psychological Evaluations)

Registros Escolares / IEP más reciente  Comunicaciones: Coordinación de Servicios / Elegibilidad  
(School Records / Most recent IEP) (Communications re: Service Coordination / Eligibility)

Otros: Resultados de las pruebas de CI  
(Other) (IQ Test Results)

**Se solicita con el propósito de:** Determinar la elegibilidad para los servicios para las personas con discapacidades del desarrollo. (Is requested for the purpose of: Determining eligibility for services for individuals with developmental disabilities.)

**Formulario de información:** (formas de información enumeradas a continuación)  
**Form of information:** (forms of information listed below apply)

El material escrito (Written material) Verbal (Verbal)

*Yo entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona (s) que recibe ella y ya no protegidos por la normativa federal de privacidad. Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación personal Cottonwood de mi deseo de revocarlo. Sin embargo, entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las medidas adoptadas por Cottonwood, Inc. en virtud de esta autorización. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para los beneficios.*

Esta autorización vencerá un año desde la fecha de su firma.

Firma (Signature) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tutor (Guardian): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Tutor legal o padre de un menor de edad)  
(Legal Guardian or Parent of a Minor)

**Devuelva este formulario firmado y debidamente llenado a la CDDO**

(Revisado 12-29-11)