

**Solicitud de DDA**  
**Determinación de elegibilidad**  
**Request for DDA Eligibility Determination**

**FOR OFFICE USE ONLY**

Initial  Reapplication  
DDA NUMBER:

Información del solicitante				
APELLIDO	NOMBRE	2o.NOMBRE/INICIAL INTERMEDIA	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CONDADO				
NÚMERO TELEFÓNICO DEL HOGAR (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	OTRO NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)		SEXO	
	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensajes		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
ESTADO CIVIL DEL SOLICITANTE		ESCOLARIDAD		
<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Con pareja, sin casarse <input type="checkbox"/> Nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<input type="checkbox"/> 8° grado o menos <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> de 9° al 11° grado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Escuela técnica o comercial		
¿El solicitante cuenta con un representante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, nombre de la persona:				
SITUACIÓN DE VIVIENDA HABITUAL DEL SOLICITANTE				
<input type="checkbox"/> Hogar familiar para adultos <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Hogar propio (con otros) <input type="checkbox"/> Tutela temporal de menores <input type="checkbox"/> Hogar de otra persona <input type="checkbox"/> Hogar de los padres <input type="checkbox"/> Hogar grupal <input type="checkbox"/> Hogar propio (solo): <input type="checkbox"/> Hogar de un pariente <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Rentado <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Institución estatal, psiquiátrica <input type="checkbox"/> Centro penitenciario <input type="checkbox"/> Hogar propio (cónyuge/pareja) <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Residencial con personal con licencia <input type="checkbox"/> Hogar propio (con hijos dependientes)				
Persona de Contacto				
NOMBRE			PARENTESCO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO DEL HOGAR (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	OTRO NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensajes			
CONTACTO POR CORREO	TIPO DE PARENTESCO	PARENTESCO LEGAL		VIVE CON EL SOLICITANTE
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DESCRIBA POR QUÉ PRESENTA SU SOLICITUD Y DESCRIBA LA DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO Y LA EDAD EN LA QUE SE OBSERVÓ POR PRIMERA VEZ				
FIRMA DEL SOLICITANTE ADULTO			FECHA	
FIRMA DEL REPRESENTANTE		PARENTESCO LEGAL	FECHA	

FUENTE DE INGRESOS PERSONALES DEL SOLICITANTE: **MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN**

<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Administración de Veteranos	<input type="checkbox"/> Servicio público
<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI")	<input type="checkbox"/> Oficina de Asuntos Indígenas (por sus siglas en inglés, "BIA")	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Asistencia general-Incapacitado para trabajar (por sus siglas en inglés, "GA-U")	<input type="checkbox"/> Jubilado de ferrocarriles	<input type="checkbox"/> Otro (especifique a continuación):
<input type="checkbox"/> Pago suplementario del Estado	<input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (por sus siglas en inglés, "TANF")	<input type="checkbox"/> Ingresos ganados	

¿El solicitante tiene algún tipo de cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, por favor menciónelas.	¿Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí
	NÚMERO DE MEDICARE
	TIPO

A. Códigos étnicos (señale los códigos correctos)		B. ¿El solicitante es hispano?	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> No informado	
<input type="checkbox"/> Esquimal	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Sí (si contestó que sí, especificar)	
<input type="checkbox"/> Aleuta	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Cubano	
<input type="checkbox"/> Indio americano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Mexicano/ mexicano-estadounidense/chicano	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otro tipo de español/hispano	
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /de otras islas del Pacífico	
		<input type="checkbox"/> Hawaiano	
		<input type="checkbox"/> Samoano	
		<input type="checkbox"/> Guameño	
		<input type="checkbox"/> Otro asiático o isleño del Pacífico	
		<input type="checkbox"/> Otra raza	
		<input type="checkbox"/> No informado	

IDIOMA PRINCIPAL	HABLA INGLÉS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado	ENTIENDE EL INGLÉS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado	NECESITA UN INTÉRPRETE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NECESITA TRADUCCIONES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------	---	---	---	--

A	NOMBRE DE LA PRINCIPAL PERSONA SIGNIFICATIVA	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NÚMEROS TELEFÓNICOS	CONTACTO POR CORREO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIPO DE PARENTESCO	TIPO DE RELACIÓN LEGAL	VIVE CON EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

B	NOMBRE DE LA PERSONA SIGNIFICATIVA	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NÚMEROS TELEFÓNICOS	CONTACTO POR CORREO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIPO DE PARENTESCO	TIPO DE RELACIÓN LEGAL	VIVE CON EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

C	NOMBRE DE LA PERSONA SIGNIFICATIVA	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NÚMEROS TELEFÓNICOS	CONTACTO POR CORREO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIPO DE PARENTESCO	TIPO DE RELACIÓN LEGAL	VIVE CON EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**PARA PERSONAS MENORES DE 22 AÑOS DE EDAD**

NOMBRE DE LA ESCUELA/PROGRAMA DIURNO:	FECHA DE INICIO
---------------------------------------	-----------------

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO TELEFÓNICO
-----------	--------	--------	---------------	-------------------

NOMBRE DEL DISTRITO ESCOLAR

COMENTARIOS

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA DDA  
INSTRUCCIONES DE LLENADO**

**Información del Solicitante**

El Solicitante es la persona para la que se solicita la elegibilidad para DDA. Por favor, llene esta sección en su totalidad. Si el solicitante no cuenta con un teléfono, por favor anote *ninguno*.

**Persona de Contacto**

Una *Persona de Contacto* es alguien que podrá ponerse en contacto con el Solicitante o darnos información de contacto, en caso de que nosotros no podamos comunicarnos con el Solicitante. Si no hay un representante legal, es necesario proporcionar el nombre de otra persona o entidad de defensa que pueda asistir al Solicitante. El nombre de un contacto es para propósitos de Alojamiento Suplementario Necesario (por sus siglas en inglés, "NSA"). El Solicitante podrá solicitar por escrito que las notificaciones no sean enviadas a ninguna otra persona. (WAC 388-825-100)

**Representante Legal**

*Representante Legal* significa: un padre de un hijo menor de dieciocho años; un tutor legal de una persona; un tutor limitado de una persona cuando el tutor limitado tiene autoridad sobre las decisiones de cuidado de la salud; el abogado de una persona; el apoderado de una persona (alguien con poder notarial que ha sido autorizado para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud); o cualquier otra persona que esté autorizada por la ley para actuar en nombre de la persona en cuestión.

**Situación de vivienda habitual del Solicitante**

Marque la casilla que describa mejor el lugar donde vive el solicitante.

**Describa la discapacidad y la edad a la que fue observada.**

Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a entender el tipo de discapacidad que podría tener el solicitante. Si necesita espacio adicional, utilice el reverso de la hoja u otra hoja de papel.

**Firma del Solicitante y/o del Representante Legal**

Si el Solicitante es menor de 18 años, su padre, madre o representante legal debe firmar y fechar la solicitud. Si el Solicitante es mayor de 18 años, ya sea el Solicitante o su representante legal debe firmar y fechar la solicitud.

**Fuentes de ingresos del Solicitante**

Marque todas las que apliquen al Solicitante.

**Cobertura médica**

¿Qué tipo de cobertura médica (si la hay) tiene el Solicitante? Escriba el tipo de cobertura. Si el Solicitante no tiene cobertura médica, anote *Ninguna*. Si el Solicitante cuenta con Medicare, anote el número y el tipo de cobertura de Medicare.

**Origen étnico del Solicitante y la sección hispana a continuación**

Marque las casillas que apliquen.

**Idioma**

Anote el idioma o método de comunicación principal del Solicitante, incluyendo Lenguaje de Señas Americano (por sus siglas en inglés, "ASL") u otro lenguaje de señas, Braille, o si el Solicitante utiliza un TDD u otro dispositivo de comunicación. Si el Solicitante requiere un intérprete, marque la casilla para indicar *Sí*.

**Otras personas significativas**

*Personas Significativas* son las personas en la vida del Solicitante que son importantes o que podrían estar involucradas con el bienestar del Solicitante. Algunos ejemplos son los padres biológicos o adoptivos, abuelos, tías, tíos, trabajadores sociales de la División de Servicios para Menores y Familias (en el caso de menores), amigos, defensores y tutores legales. Si no está seguro sobre lo que debe marcar como relación legal, puede anotar **Desconocido**. En el caso de una tutela, presentar copias de las órdenes judiciales de tutela. Si un Solicitante es adoptado, presentar copias de los documentos de adopción legal.

**Programa diurno/escolar**

Cualquier programa al que el Solicitante asiste a diario, tales como intervención temprana, la escuela u otro programa. Si el Solicitante no asiste a ningún programa externo todos los días, anote *NA*.

**Comentarios adicionales**

Puede dejar este espacio en blanco o hacer breves comentarios adicionales que usted crea que podrían ser de ayuda en la determinación de elegibilidad.

**Lista de documentos requeridos**

Esta aplicación no puede ser aceptada sin los documentos requeridos.

- Solicitud firmada con todas las partes contestadas.
- Copias de todas las evaluaciones médicas o psicológicas que indiquen la discapacidad del Solicitante.
- Consentimiento para el Intercambio de Información Confidencial* firmado –incluir dirección y números telefónicos de todos los proveedores.
- Fotocopia del comprobante de residencia en el Estado de Washington del Solicitante (factura de servicios públicos, registro de votante, etc.). Si el Solicitante es menor de edad, comprobante de residencia del padre que tiene la custodia.
- Formato HIPAA firmado (*Aviso de Prácticas de Privacidad*).
- Copia de la tarjeta de Seguro Social o documentación del SSN, **si existe**.
- Copia del Plan de crianza ordenado por el tribunal (si existe).
- Copia de los documentos de tutela (si existen).
- Documentos de la adopción Legal (si existen).

**Devuelva la solicitud y los documentos requeridos a la oficina correspondiente, cuyos datos aparecen a continuación. Si tiene preguntas, llame a su oficina de la DDA.**

**Oficinas centrales de la Región 1 (Condados a los que da servicio:** Adams, Asotin, Benton, Chelan, Columbia, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Kittitas, Klickitat, Lincoln, Okanogan, Pend Oreille, Spokane, Stevens, Walla Walla, Whitman, Yakima)

1611 W INDIANA AVE  
SPOKANE WA 99205-4221  
Línea sin costo: 1-800-462-0624

**Oficinas centrales de la Región 2 (Condados a los que da servicio:** Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

20311 52<sup>ND</sup> AVE W STE 302  
LYNNWOOD, WA 98036-3901  
Línea sin costo: 1-800-788-2053

**Oficinas centrales de la Región 3 (Condados a los que da servicio:** Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 TACOMA AVE S STE 300  
TACOMA WA 98402-1903  
Línea sin costo: 1-800-248-0949