

**Solicitud de determinación de elegibilidad para DDA**  
**Request for DDA Eligibility Determination**

**FOR OFFICE USE ONLY**

Initial  Reapplication

DDA NUMBER:

Información del solicitante			
PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
			FECHA DE NACIMIENTO
GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido / No informado	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Con pareja, sin casarse <input type="checkbox"/> Viudo(a)	NECESIDADES DE COMUNICACIÓN DEL SOLICITANTE Necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Traducir documentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma principal escrito: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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 IDIOMA PRINCIPAL HABLADO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado
CÓDIGOS ÉTNICOS (MARQUE TODOS LOS APLICABLES) <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii /de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No informado			AFILIACIÓN TRIBAL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL MÁXIMO NIVEL O TIPO DE PREPARACIÓN ACADÉMICA
MEDICARE <input type="checkbox"/> Sí; tipo: <input type="checkbox"/> No Otro seguro:		SITUACIÓN DE VIVIENDA HABITUAL DEL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Institución para adultos con licencia <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Niño-hogar suplente <input type="checkbox"/> Hospital, médico <input type="checkbox"/> Institución correccional / Cárcel <input type="checkbox"/> Hospital, psiquiátrico <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Otro, describa:	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
			CONDADO DE RESIDENCIA
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
			WASHINGTON ES SU RESIDENCIA MILITAR REGISTRADA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL ( ) -	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> MENSAJES	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO ( ) -	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> MENSAJES
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
MENCIONE LOS DISTRITOS ESCOLARES A LOS QUE ASISTIÓ Y LAS FECHAS			
DÍGANOS POR QUÉ PRESENTA SU SOLICITUD			
DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO Y EDAD EN QUE SE OBSERVÓ POR PRIMERA VEZ Edad del primer diagnóstico: <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Trastorno cromosómico <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo		SOLICITUD DE SERVICIO DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD ¿El solicitante ha solicitado beneficios por discapacidad del Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad o asistencia médica no relacionada con subsidios del DSHS durante el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información del representante			
PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
			IDIOMA PRINCIPAL
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
			Intérprete <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Traducción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL ( ) -	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> MENSAJES	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO ( ) -	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> MENSAJES
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
TIPO DE PARENTESCO		PARENTESCO LEGAL (ANEXAR DOCUMENTOS)	
		VIVE CON EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
NOMBRE DE OTRO REPRESENTANTE/ROL/CORREO ELECTRÓNICO			
NOMBRE DE OTRO REPRESENTANTE/ROL/CORREO ELECTRÓNICO			
Firma(s)			
FIRMA DEL SOLICITANTE ADULTO			FECHA
FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL		FECHA	PARENTESCO LEGAL

## Instrucciones de la solicitud de determinación de elegibilidad para DDA

**Lista de documentos requeridos** Esta solicitud no puede ser aceptada sin los documentos requeridos.

- Solicitud firmada con todas las partes contestadas.
- Formulario de HIPAA firmado (Aviso de prácticas de privacidad).
- Consentimiento para el intercambio de información confidencial firmado –incluir números telefónicos de todos los contactos. Los solicitantes de 13 años o más deben firmar.
- Si existe un representante legal, copias de los documentos de tutela u otros documentos legales que demuestren la autoridad.

**Información del solicitante** El solicitante es la persona para la que se solicita la elegibilidad para DDA.

**Nombre del solicitante:** Escriba el nombre legal del solicitante. No escriba apodos.

**Fecha de nacimiento:** Escriba el mes, día y año de la fecha de nacimiento del solicitante.

**Género:** Elija la respuesta que sea más aplicable, o bien desconocido/no informado si el solicitante prefiere no responder esta pregunta.

**Estado civil del solicitante:** Indique el estado civil actual del solicitante.

**Comunicación:** Indique el o los métodos de comunicación del solicitante.

Si el solicitante requiere un intérprete o la traducción de la correspondencia escrita, marque la casilla para indicar **SÍ**.

Indique si el solicitante habla, entiende, o tiene inglés limitado.

Escriba el idioma o método de comunicación principal, hablado y escrito, 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.

**Afiliación tribal:** Escriba la afiliación tribal del solicitante, si la tiene. Si no la tiene, escriba "N/A".

**Número de Seguro Social:** Escriba el número de Seguro Social del solicitante, si lo tiene.

**Preparación académica:** Escriba el nivel o tipo más alto de preparación académica alcanzado por el solicitante.

**Códigos étnicos:** Indique la(s) respuesta(s) que mejor describa(n) el origen étnico del solicitante. **Hispano:** Si el solicitante es hispano, indique **SÍ**.

**Medicare:** Si el solicitante recibe Medicare, indique **SÍ**. Escriba el o los tipos de Medicare: A, B, C, D.

**Otro seguro:** Escriba el nombre de cualquier otro plan de seguro de salud (gubernamental o privado), si existe.

**Situación de vivienda habitual del solicitante:** Marque la casilla que describa mejor la situación de vivienda actual del solicitante.

**Información de contacto:** Escriba la dirección de la residencia actual del solicitante, su dirección postal y su número de teléfono.

**Distritos escolares:** Escriba los distritos escolares a los que asistió el solicitante; incluya un número de teléfono de cada distrito. Si desea que solicitemos expedientes, los distritos escolares deben estar incluidos en el Consentimiento.

**Motivos para hacer la solicitud:** Escriba los motivos para hacer la solicitud, y escriba los servicios que le interesan al solicitante o a su familia.

**Discapacidad del desarrollo:** Indique uno o más diagnósticos del solicitante y la edad del solicitante cuando recibió el diagnóstico por primera vez. Utilice otra hoja de papel si desea para dar más detalles.

**Solicitudes por discapacidad:** Indique si el solicitante ha solicitado una determinación de discapacidad durante el último año. Esta podría haber sido para Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad o asistencia médica no relacionada con subsidios. Esta información puede ayudarnos a localizar expedientes.

**Información del representante:** Nombre e información de contacto de alguien que podrá ponerse en contacto con el solicitante, o darnos información de contacto en caso de que no podamos comunicarnos con el solicitante. **Idioma principal:** Escriba el idioma e indique si necesita interpretación/traducción.

**Tipo de parentesco:** Escriba cómo es que el representante conoce al solicitante o cuál es su relación.

**Representante legal:** Escriba la relación legal, si existe. Un representante legal es un padre o madre de un hijo menor de dieciocho años que tenga autoridad para tomar decisiones legales; 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. La solicitud debe incluir la documentación de la relación legal.

**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.

**Devuelva la solicitud y los documentos requeridos a la oficina correspondiente, cuyos datos aparecen a continuación.**

**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

Para obtener más información sobre la elegibilidad para DDA, visite <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.