
APLICACION PARA SERVICIOS DE MEDICAID PARA NINOS/NINAS CON DISCAPACIDADES EN DESARROLLO

Gracias por su interés en los servicios de Discapacidad de Desarrollo de Medicaid para niños/niñas. En orden para determinar si su niño/a es elegible para servicios, usted necesitará completar u obtener cada uno de los artículos solicitados como parte del proceso de aplicación.

1. Llenar, firmar y devolver cada uno de los formularios listados abajo. Aplicaciones no conteniendo esta información no serán aceptados. Estos formularios han sido incluidos en el paquete de aplicación para su conveniencia:
 - Aplicación de Discapacidad de Desarrollo para niños/niñas
 - Reconocimiento de recepción de Notificación de Práctica de Privacidad
2. En orden de procesar su aplicación inicial, los tres artículos deberán ser sometidos.

Recomendamos adicionalmente que usted proporcione las siguientes documentaciones para asistir en la determinación de elegibilidad:

3. Proporcionar documentaciones que verifican que su niño/a tiene un diagnóstico que califica como una discapacidad de desarrollo. Las documentaciones requeridas son como sigue:
 - Si el Diagnóstico de su niño/a es parálisis Cerebral, Epilepsia, o condición cercanamente relacionada: Proporcionar documentaciones médicas de un médico.
O
 - Si el Diagnóstico de su niño/a es Discapacidad Intelectual o condición cercanamente relacionada: Proporcionar resultados de examen cognitivo. Si el examen no fue hecho dentro de los últimos tres años, deberá tener una nueva evaluación. Instrumentos aprobados de examen están listados en las "Instrucciones para Completar la Aplicación para Servicios de Discapacidad de Desarrollo para Niños/Niñas" Incluidos con este paquete.
O
 - Si el Diagnóstico es Espectro de Desorden de Autismo tales como: Autismo, Asperger o Desorden de Desarrollo Generalizado (PDD): Proporcionar una evaluación completado por un/a profesional licenciado/a y calificado/a para hacer un Diagnóstico de Espectro de Autismo.

Una vez que hayas completado y/o obtenido cada uno de los artículos de arriba, devuelva la información al Departamento de salud y Bienestar por Correo Electrónico, Fax, O correo:

Correo Electrónico:
ChildrensDDintake@dhw.idaho.gov

Fax: (208) 332-7331
Attn: Children's DD Application

Correo O entrega a mano:
Children's DD Application
DHW FACS DD Program
450 W State Street
Boise, Idaho 83720

Al recibirlo vamos a adelantarle a la oficina del Evaluación quien completará el proceso de elegibilidad de su niño/a. Es importante que usted someta toda documentación solicitada al mismo tiempo para que el Liberty Health Care puede procesar su aplicación de manera a tiempo.

Una vez que toda la documentación es recibida por el Liberty Health Care, ellos revisarán los documentos y contactarán a usted para programar un tiempo para completar la evaluación de elegibilidad.

Si tienes preguntas algunas acerca de este proceso de aplicación o los documentos solicitados, por favor contactar Ingreso Central al (208) 334-6500 o teléfono Gratis al 1-877-333-9681.



SOLICITUD DE SERVICIOS PARA DISCAPACIDAD DE DESARROLLO DE NIÑOS 8_15_2016

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

¿El niño está inscrito actualmente en Medicaid? Sí No MID# _____ Healthy Connections? Sí
 No

Nombre del Padre o Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (1): _____ Teléfono (2): _____

Correo electrónico: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico: _____

Nombre de la escuela, si corresponde: _____

Nombre del maestro/a de primaria: _____

Diagnóstico _____

Servicios/Apoyo que considera que serían de beneficio para el niño/la niña: _____

Persona que solicita los servicios: _____ Relación con el solicitante: _____

Mencione la inscripción a otros servicios, incluyendo otros servicios del Departamento: _____

Otra historia o información pertinente acerca del niño/la niña: _____

Documentos para determinar la elegibilidad:

Registros médicos

(Si el diagnóstico del niño es **parálisis cerebral, epilepsia o lesión cerebral traumática**, incluya los expedientes que comprueben la discapacidad)

Pruebas cognitivas

(Si el diagnóstico del niño es **Discapacidad intelectual**, incluya las pruebas de IQ/psicométricas que comprueben la discapacidad)

Evaluación de autismo

(Si el diagnóstico del niño es **Trastorno del espectro autista como: Autismo, Trastorno generalizado de desarrollo (PDD) o de Aspergers**, presente una evaluación realizada por un profesional con licencia calificado para dar un diagnóstico del espectro autista)

Documentos colaterales complementarios, si se tienen:

Expediente/evaluaciones escolares relacionadas con la discapacidad

Evaluación de intervención

Terapia del habla/lenguaje, terapia física, terapia ocupacional

Otras evaluaciones pertinentes _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE SERVICIOS PARA DISCAPACIDAD DE DESARROLLO DE NIÑOS

Nombre del niño: Nombre de pila y apellido del niño o la niña que solicita los servicios.
Fecha de nacimiento: La fecha de nacimiento del niño (mes, día y año).
SSN: El número de seguro social de nueve dígitos del niño.
¿El niño está inscrito actualmente en Medicaid: Si el niño está inscrito en Medicaid, marque el cuadro “sí”, de lo contrario, marque “no”.
MID: Si marcó el cuadro “sí” como respuesta a “ <i>inscrito en Medicaid</i> ” indique el número de Medicaid del niño. El número de Medicaid de Idaho son los primeros siete (7) dígitos del número de identificación de Medicaid como aparece en la credencial de Idaho Medicaid.
Health Connections: Si el niño está inscrito en Healthy Connections, marque el cuadro “sí”, de lo contrario, marque “no”. Si no sabe, <u>no</u> marque ningún cuadro.
Nombre del padre o tutor: Nombre de pila y apellido del padre o padres o tutor(es) del niño.
Dirección: Dirección postal del padre o tutor (incluya ciudad, estado, código postal).
Teléfono (1) & (2): Número(s) telefónico(s) en el día donde se puede localizar al padre o tutor. Incluya el código de área.
Correo electrónico: Dirección de correo electrónico del padre o tutor.
Nombre del médico: Indique el nombre de pila y apellido del médico de atención primaria del niño.
Dirección del médico: Dirección de correo electrónico del médico de atención primaria del niño.
Nombre de la escuela, si corresponde: Nombre de la escuela actual del niño. Si el niño no asiste a la escuela, deje en blanco.
Nombre del maestro/a de primaria: Nombre de pila y apellido del maestro/a del niño. Si el niño no asiste a la escuela, deje en blanco.
Diagnóstico: Mencione el diagnóstico o diagnósticos de discapacidad de desarrollo del niño.
Servicios/Apoyo que considera que serían de beneficio para el niño/la niña: Mencione los servicios y apoyos que considera que serían de beneficio para el niño/la niña. En este paquete de solicitud se incluye una lista de los servicios tradicionales.
Persona que solicita los servicios: Su nombre de pila y apellido (persona que llena la solicitud).
Relación con el solicitante: Su relación (persona que llena la solicitud) con el niño.
Mencione la inscripción a otros servicios, incluyendo otros servicios del Departamento: Mencione otros servicios o terapias que reciba el niño (ej.: terapia del habla, terapia ocupacional, asesoría, etc...).
Otra historia o información pertinente acerca del niño/la niña: Mencione otros problemas y/o diagnósticos médicos y/o psiquiátricos. Incluya información que considere importante que deba saber la persona que revisa la solicitud.
Documentos para determinar la elegibilidad: marque los cuadros frente a la documentación que se incluye en la solicitud. Sólo se requieren los expedientes mencionados para la discapacidad del niño. Por ejemplo, si el niño tiene epilepsia, sólo se requieren los expedientes médicos, no las pruebas psicológicas ni psicométricas. <ul style="list-style-type: none">➤ Pruebas cognoscitivas: Las siguientes pruebas se aceptarán como documentación: Escalas de Desarrollo Infantil Bayley; Escalas de Inteligencia Stanford Binet; Escalas de Inteligencia Weschler para Preescolar y Primaria; Escalas de Inteligencia Weschler para Niños; Escalas de Inteligencia Weschler para Adultos.➤ Evaluación de autismo: Los individuos calificados para diagnosticar a un niño con Trastorno del espectro autista incluyen: Pediatras en desarrollo, neurólogos infantiles, psicólogos y psiquiatras.
Documentos colaterales complementarios: Marque los cuadros frente a la documentación que se incluye en la solicitud. Esta documentación complementaria no se requiere.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Reconocimiento del Recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____
(Por favor escriba en letra de molde su Primer Nombre, la Inicial del Segundo Nombre y su Apellido)

Con mi firma abajo, reconozco que he recibido el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad provistas por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Su firma _____

Fecha _____

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE USTED Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
REVISE CON MUCHA ATENCIÓN**

- Si tiene alguna duda sobre este Aviso, póngase en contacto con la Oficina de privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 208-334-6519 o por correo electrónico en PrivacyOffice@dhw.idaho.gov.
- En cualquier momento puede solicitar una copia de este Aviso. Encontrará copias de este Aviso en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Este Aviso también se encuentra en el sitio en internet del Departamento de Salud y Bienestar a <http://www.healthandwelfare.idaho.gov>.

OBJETIVO DE ESTE AVISO

En este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que el Departamento de Salud y Bienestar (el Departamento) maneja la información confidencial conforme a los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Departamento pueden compartir la información confidencial sobre usted entre sí según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios y con fines comerciales normales. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios.

Nuestro compromiso es proteger su información confidencial. Generamos registros de los beneficios o servicios que recibe del Departamento. Necesitamos estos registros para ofrecerle servicios y atención de calidad. Asimismo, necesitamos estos registros para cumplir con varias leyes locales, estatales y federales.

Tenemos la obligación de:

- Utilizar y divulgar información confidencial requerida por la ley;
- Mantener la privacidad de su información;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad de su información; y
- Cumplir con los términos del Aviso vigente a la fecha.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad a beneficios o servicios.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho a una revisión y una copia

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información de acuerdo con la ley.

Si quisiera revisar y una copia de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato "Solicitud de registros". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes federales de HIPAA.

Si solicita recibir una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota.

Si legalmente no podemos divulgarle la información, le avisaremos.

2. **Derecho a modificaciones**

Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que se hagan cambios a su información.

Si quisiera que el Departamento cambie su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará un formato de “Solicitud para modificación de registros”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud en 10 días.

Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide cambiar información que:

- No generó el Departamento;
- No es parte de la información que conserva o es para el Departamento;
- No es parte de la información que se le permita revisar o copiar; o
- Determinamos que es correcta y está completa.

3. **Derecho a limitar la divulgación sobre la información de la salud**

Tiene el derecho a pedirnos no compartir la información sobre su salud para su tratamiento o servicios, o con fines comerciales normales. Nos debe decir cuál es la información que no quiere o con quién no quiere compartir.

Si quiere pedir al Departamento no compartir su información, en las oficinas o el sitio en internet del Departamento encontrará una “Solicitud para restringir la divulgación de información de salud”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud por escrito.

Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que se necesite la información para darle tratamiento de emergencia o que usted retira la restricción. En casi de que usted o alguien a su nombre pague un artículo o servicio y solicita que no se le divulgue a un proveedor de seguro de salud la información referente a dicho artículo o servicio, aceptaremos la restricción solicitada.

4. **Derecho a un medio de envío alternativo**

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos la información de un programa a una dirección de correo diferente al de otros programas de los que recibe servicios o beneficios.

Si quiere pedir un medio alternativo para el envío de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato “Solicitud de medios alternos para envío”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud si por algún motivo se rechaza.

No le preguntaremos la causa de su solicitud. Se aprobarán las solicitudes razonables.

5. **Derecho a un informe de las divulgaciones de información de salud**

Tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de información sobre su salud. En este informe de divulgaciones no va a incluir cuando compartamos la información sobre su salud para tratamiento, pago de su tratamiento o fines comerciales normales, o las veces que usted nos autorizó compartir la información.

Si quiere solicitar un informe de las divulgaciones sobre su salud, encontrará en las oficinas del Departamento o su sitio en internet el formato “Solicitud para recibir un informe de las divulgaciones de información de salud”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento responderá a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes HIPAA federales.

El primer informe que solicite y reciba en un año calendario será sin costo. Para informes adicionales en el mismo año calendario, es posible que le cobremos el costo por proporcionarle el informe. Le informaremos del costo y es posible que decidamos retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de cobrarle algún costo.

CÓMO PUEDE USAR Y COMPARTIR EL DEPARTAMENTO SU INFORMACIÓN

Ocasiones en que no se necesite su permiso

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar o compartir su información a fin de proporcionarle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, médico o persona que le proporcione tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para conjuntar los servicios que posiblemente necesite. También podemos compartir su información con personas ajenas al Departamento que estén involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares, representantes informales o legales u otros que le brinden servicios como parte de su atención.
- **Para pago.** Podemos utilizar y compartir su información para que pueda pagarse el tratamiento y los servicios que reciba a través del Departamento. Por ejemplo, tal vez tengamos que proporcionar información sobre usted a la compañía de seguros médicos acerca del tratamiento o los servicios que reciba para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.
- **Para operaciones comerciales.** Podemos utilizar y compartir su información con fines de operaciones comerciales. Es necesario para la operación diaria del Departamento y asegurarse de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, puede usar su información para revisar la forma en que proporcionamos el tratamiento y los servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que le brinda los servicios.

Ocasiones en que se necesite su permiso

- **Por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales.** Puede haber ocasiones en las que el Departamento tenga que usar y compartir su información por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales según lo que se explica arriba. Por ejemplo, si el Departamento pide a su empleador o la escuela información que no forme parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales, el Departamento le solicitará una autorización por escrito que nos permita compartir dicha información. Si nos autoriza utilizar o compartir su información, puede suspender el permiso en cualquier momento, siempre que sea por escrito. Si suspendió su permiso, ya no podremos usar o compartir esa información. Debe entender que no podemos recuperar información que ya se haya compartido bajo su autorización.
- **Individuos que forman parte de su atención o el pago de su atención.** Podemos proporcionar información sobre usted a un familiar, representante legal o a quien usted asigne como parte de su atención. También podemos proporcionar información a quien ayude a pagar por su atención. Si usted no puede aceptar o rechazar una divulgación, podemos compartir dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestra opinión profesional. Asimismo, podemos compartir su información en un desastre para poder informar a su familia o representante legal acerca de su condición, estado y ubicación.

Otra forma de usar y compartir su información sin su permiso

- | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| ➤ Recordatorios de citas | ➤ Donación de órganos y tejidos |
| ➤ Alternativas de tratamiento | ➤ Tratamiento de emergencia |
| | ➤ Evitar una amenaza grave de salud o seguridad |
| ➤ Según lo requiera la ley | ➤ Organizaciones militares o de veteranos |
| ➤ Riesgos de salud pública | ➤ Actividades de vigilancia de la salud |
| ➤ Cumplimiento de la ley | ➤ Actividades de seguridad nacional y de inteligencia |
| ➤ Demandas y disputas | ➤ Instituciones correccionales |
| ➤ Médicos forenses, directores de funerarias | |

REQUISITOS ESPECIALES

La información recibida de un programa de financiamiento federal para el tratamiento de drogadicción o a través del programa de bebés y niños pequeños no se liberará sin autorización específica del individuo o representante legal.

Se avisará a los individuos afectados después del incumplimiento de la información de salud sin privacidad.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este Aviso. En las oficinas del Departamento o en <http://www.healthandwelfare.idaho.gov> se publica una copia de este Aviso. La fecha en vigor de este Aviso aparece en la parte superior de cada página. Si el Departamento no realiza cambios a este Aviso de prácticas de privacidad, el Departamento cumplirá con los términos del Aviso vigente a la fecha.

QUEJAS

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad a la información confidencial, puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas enviadas al Departamento deben ser por escrito en el formato de "Queja sobre privacidad" disponible en las oficinas del Departamento o su sitio en internet. Para presentar una queja ante el Departamento, envíe su formato de Queja sobre privacidad lleno a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad de información sobre su salud, también puede presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Su queja debe ser por escrito y debe mencionar la organización que es objeto de su queja y describir lo que usted considera que se violó. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

En el caso de las quejas presentadas por correo electrónico enviar a OCRComplaint@hhs.gov.

Una queja se debe presentar ante del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en un plazo de 180 días de que haya ocurrido lo que usted considere una violación a la privacidad. Este límite de tiempo para la presentación de quejas puede retirarse por una buena causa.

No se le castigará ni habrá represalias contra usted por presentar una queja.