

## Instrucciones para Padres/Tutores

Por favor complete el formulario adjunto de una página para iniciar el proceso de solicitud del programa de Exención por Autismo.

### Paso 1.

La sección 1 solicita información básica acerca de su niño y su familia. La información personal estará protegida de acuerdo con las pautas de la Ley de Movilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés). Por favor proporcione el nombre de su niño, la fecha de nacimiento, número de seguro social (o SSN por sus siglas en inglés), su nombre como padre o tutor, su domicilio, un número de teléfono donde usted pueda ser localizado, y si Aplica un Número de Identificación de Medicaid.

### Paso 2.

La sección 2 incluye dos componentes. La primera parte requiere que usted indique con una marca qué herramienta de observación de Autismo fue utilizada en el diagnóstico de su niño. Por favor marque todas las que apliquen y si no se encuentra listada la herramienta de observación, por favor especifique qué herramienta fue utilizada. La segunda parte es una lista de control de los artículos necesarios para que acompañen esta solicitud. Por favor marque al lado de “se adjunta Documentación del diagnóstico de Autismo” si usted ha adjuntado la documentación del diagnóstico. Por favor marque la “Firma de un Médico o Psicólogo Doctorado licenciado” si un Médico o Psicólogo Doctorado licenciado ha leído, firmado y fechado la declaración proporcionada al final de la sección 2.

### Paso 3.

**El formulario debe ser completado en su totalidad para ser elegible.**

**La solicitud totalmente completada puede ser presentada de tres maneras.**

1. Enviada por fax a los Servicios y Apoyo Comunitarios (CSS por sus siglas en inglés) al teléfono 785-296-0256,
2. Entregada en mano en su oficina local del DCF para ser estampillada con fecha y hora y enviada por fax al CSS, o
3. Enviada por correo a New England Building  
Attention: KDADS Autism Program Manager  
503 S. Kansas Avenue  
Topeka, KS 66603-3404

## ¿Qué Sucede Después?

Si el niño cumple con los criterios para la Exención por Autismo del HCBS, el niño recibirá una carta del Administrador del Programa de Autismo informándoles que han sido colocados en la Lista de Receptores de la Exención Propuesta y su posición numérica en la lista. Cuando pasa a estar disponible un lugar en la exención el Administrador del Programa se comunicará con la familia para ofrecerles el lugar potencial.

Una vez que el niño ha sido derivado por el Administrador del Programa para su evaluación, el Especialista en Elegibilidad Funcional tiene 5 días hábiles para programar una visita al hogar y completar la evaluación de elegibilidad funcional para determinar si el niño cumple con los criterios establecidos. Si el niño cumple con los criterios, el Especialista en Elegibilidad Funcional ayudará a la familia a completar la solicitud para Medicaid (si fuera necesario) y lo derivará a un Especialista en Autismo.

**SECCION 1: Información acerca del Niño y la Familia**

Por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Niño: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social del Niño (SSN): \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Padre es Military Activo:  Sí  No

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Identificación de Medicaid (si fuera aplicable): \_\_\_\_\_

**SECCION 2: Información acerca del Trastorno del Espectro de Autismo**

Se debe incluir la documentación del diagnóstico de Autismo o la Firma de un Médico o Psicólogo Doctorado licenciado en el momento en que la solicitud es presentada.

Por favor indique con una marca si alguna o todas las siguientes son incluidas con esta solicitud:

- Se adjunta documentación del diagnóstico de Autismo.
- Firma de un Médico o Psicólogo Doctorado licenciado.

Autismo el diagnóstico fue realizado con la ayuda de la siguiente herramienta de observación de Autismo aprobada:

- CARS Escala de Valoración del Autismo en la Niñez (CARS por sus siglas en inglés)
- GARS Escala de Valoración de Autismo Gilliam (GARS por sus siglas en inglés)
- ADOS Escala de Observación Diagnóstica de Autismo (ADOS por sus siglas en inglés)
- ADI Entrevista Diagnóstica del Autismo (ADI por sus siglas en inglés) – Revisada
- ASDS Escala de Diagnóstico del Síndrome de Asperger (ASDS por sus siglas en inglés)
- Otro Por favor Especifique \_\_\_\_\_

**El formulario debe ser completado en su totalidad para ser elegible.  
La solicitud totalmente completada puede ser presentada de tres maneras.**

1. Enviada por fax al CSS, al teléfono 785-296-0256,
2. Entregada en mano en una oficina local del DCF para ser estampillada con fecha y hora y enviada por fax al CSS, o
3. Enviada por correo a New England Building  
Attention: KDADS Autism Program Manager  
503 S. Kansas Avenue  
Topeka, KS 66603-3404

*\*Please note that the DCF Regional Office must affix a time/date stamp immediately upon receipt\**

**Sólo para el uso del Médico**

I have made a diagnosis of an Autism Spectrum Disorder for (child's name)

Signature of Doctor

Printed Name of Doctor

Date