



**Exención por Discapacidad Física (PD) de los Servicios basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)**

## Formulario de evaluación de crisis del solicitante de PD (PD-ACE)

**Instrucciones:** Este formulario se usará de acuerdo con la exención por PD de HCBS aprobada actualmente y la Política de excepción por crisis de la Exención por PD y la Política de elegibilidad de la exención por PD. La persona que solicite la excepción por crisis primero deberá cumplir unos indicadores razonables y la entidad evaluadora contratada deberá determinar que es funcionalmente elegible para la exención por PD. La persona o su representante legal deberán solicitar una excepción por crisis mediante la entidad evaluadora contratada. Este formulario reemplaza el formulario anterior de EVALUACIÓN DE NECESIDADES DEL CONSUMIDOR.

<b>Sección 1: Información del solicitante</b>			
Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:	Número del Seguro Social:	Edad:	
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
Número de teléfono:	Número de ID de Medicaid (si corresponde):		
Nombre de los padres/tutores:			
Dirección de email:	Número de teléfono:		
Tengo un déficit sensorial	Legalmente sordo <input type="checkbox"/>	Legalmente ciego <input type="checkbox"/>	N/C <input type="checkbox"/>
<b>Sección 2: Factores a considerar</b>			
1. ¿Lo declararon discapacitado según las normas de la Administración del Seguro Social (SSA)? (Tenga en cuenta: Las personas deben ser consideradas discapacitadas según la definición de la sección 1614(a)(3)(A) de la Ley del Seguro Social).	<b>Sí:</b> <input type="checkbox"/> <b>No:</b> <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "No", indique la fecha de la solicitud. _____		
2. ¿Está actualmente en la lista de espera por discapacidad física de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)?	<b>Sí:</b> <input type="checkbox"/> <b>No:</b> <input type="checkbox"/>		
3. ¿Depende totalmente de otros para que lo ayuden a hacer las actividades de la vida diaria (ADL), incluyendo bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, deambular y comer, o actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), incluyendo la preparación de comidas, las compras, el monitoreo de medicamentos y tratamientos, el lavado de ropa y la limpieza doméstica, el manejo del dinero, el uso del teléfono y el transporte?	<b>Sí:</b> <input type="checkbox"/> <b>No:</b> <input type="checkbox"/>		

4. ¿Le diagnosticaron una enfermedad mental grave y persistente (SPMI)?	SÍ: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
a. ¿Cuál es su diagnóstico <i>principal</i> ?	
b. ¿Cuál es su diagnóstico <i>secundario</i> ?	
5. ¿Le diagnosticaron una discapacidad física?	SÍ: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
a. ¿Cuál es su diagnóstico <i>principal</i> ?	
b. ¿Cuál es su diagnóstico <i>secundario</i> ?	
6. ¿Vive actualmente con otra persona?	SÍ: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
a. ¿Cuál es su relación con esa otra persona? (Tenga en cuenta: Si el espacio no es suficiente, escriba esta información en la Sección 3: Declaración de necesidad del solicitante).	
b. ¿Qué servicios y apoyos prestan actualmente? (Tenga en cuenta: Si el espacio no es suficiente, escriba esta información en la Sección 3: Declaración de necesidad del solicitante).	
7. Si no recibe servicios de exención por PD, ¿necesitará que lo ingresen en un centro de enfermería u hospital en los próximos treinta (30) días calendario?	SÍ: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
8. Si no necesitará que lo ingresen en un centro de enfermería u hospital en los próximos treinta (30) días calendario, ¿presentará documentación por otro motivo de crisis calificado según lo definido por la Política de excepción por crisis por PD?	SÍ: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>

### Sección 3: Declaración de necesidad del solicitante

*Abajo, escriba una explicación de la crisis debido a su discapacidad física.  
(Tenga en cuenta: Si el espacio no es suficiente, continúe su narración en una hoja en blanco y adjúntela a este formulario).*




**Sección 4: Autorización de solicitud de excepción por crisis del solicitante**

Yo, \_\_\_\_\_, solicito que se me considere para una excepción por crisis para acceder a los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) para el Programa de Discapacidad Física. Leí la definición de discapacidad de arriba (Sección 2) y entiendo que el Programa de Discapacidad Física está diseñado para atender a personas con una discapacidad física coherente con las Normas de la Administración del Seguro Social. Recibo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o el Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) por una determinación de una discapacidad física. Un diagnóstico de salud mental (p. ej., depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.) no es un diagnóstico de discapacidad física. Doy fe de que toda la información indicada arriba (Secciones 1-3) es verdadera a mi leal saber y entender.

Nombre del solicitante (en letra de molde):

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

*Si un tutor legal o DPOA completó este formulario:*

**Tutor legal:**       **DPOA:**

Nombre del tutor legal o DPOA (en letra de molde):

Firma:	Fecha:
--------	--------

Relación con el solicitante:

**Sección 5: Autorización para la revelación de información médica protegida**

Yo, \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_; con el Número de Seguro Social: - - - - (los últimos 4 son opcionales), por la presente autorizo el uso o revelación de mi información médica de identificación individual como se describe abajo. Entiendo que la firma de este formulario es voluntaria. Entiendo que si no firmo este formulario puedo tener demoras en el acceso a los servicios de crisis.



Parte que da la información		Parte que recibe la información	
Personas/Organizaciones <i>(marque todo lo que corresponda)</i>		Personas/Organizaciones <i>(marque todo lo que corresponda)</i>	
Centros de salud mental de la comunidad (CMHC) <input type="checkbox"/> Nombre:		Centro de Recursos para Adultos Mayores y Discapacitados (Aging and Disability Resource Center, ADRC): <input type="checkbox"/> Nombre:	
Centro de atención intermedia/centro de enfermería/hospital: <input type="checkbox"/> Nombre:			
Agencia/departamento estatal: <input type="checkbox"/> Nombre:			
Organizaciones de discapacidad del desarrollo (CDDO) de la comunidad: <input type="checkbox"/> Nombre:		Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad de Kansas (Kansas Department for Aging and Disability Services, KDADS): <input type="checkbox"/>	
Centro de Recursos para Adultos Mayores y Discapacitados (ADRC): <input type="checkbox"/> Nombre:			
<b>Otros:</b>		<b>Otros:</b>	
Nombre/dirección/teléfono:		Nombre/dirección/teléfono:	
Nombre/dirección/teléfono:		Nombre/dirección/teléfono:	
Nombre/dirección/teléfono:		Nombre/dirección/teléfono:	
Nombre/dirección/teléfono:		Nombre/dirección/teléfono:	
Descripción de la información a usar o revelar:			
El propósito del uso o la revelación:			

**IMPORTANTE:** La persona o su representante deben leer o hacer que se les lea lo siguiente y escribir sus iniciales junto a cada una de las opciones de abajo:

<i>(escriba sus iniciales)</i>	Entiendo que puedo examinar o copiar la información médica protegida que se use o revele según esta autorización. Entiendo que puedo rehusarme a firmar la autorización. Entiendo que rehusarme a firmar esta autorización puede significar que no se permita el uso o la revelación descrita en este formulario.
<i>(escriba sus iniciales)</i>	Entiendo que esta revelación es válida por un año a partir de la fecha de hoy.
<i>(escriba sus iniciales)</i>	Entiendo que puedo revocar esta revelación en cualquier momento enviando un aviso por escrito a la <b>organización proveedora</b> . No tendrá efecto en las acciones que sucedieron antes de la revocación.
<i>(escriba sus iniciales)</i>	Entiendo que, después de que los usos y las revelaciones se apliquen según esta autorización, la información revelada puede estar sujeta a volver a ser revelada por cualquiera de los receptores y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad.
<i>(escriba sus iniciales)</i>	Dar autorización para este uso o revelación no condicionará el tratamiento o el pago, excepto en la medida en que la provisión de atención médica tenga el propósito exclusivo de generar información médica protegida para ser revelada a un tercero.

Certifico que acepto los usos y las revelaciones mencionados arriba y que recibí una copia de esta autorización. (El formulario **debe** completarse antes de firmarlo).

Firma:	Fecha:
Fecha: Firma del representante personal (si corresponde)	Descripción de la autoridad:

### Sección 6: Para uso exclusivo del evaluador de elegibilidad

<p>1. ¿Fue el solicitante víctima de abuso, negligencia o explotación, y el Departamento de Servicios de Protección para Adultos (Adult Protective Services, APS) o los Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services, CPS) del Departamento de Niños y Familias (Department for Children and Families) confirmaron ese hallazgo dentro de los últimos treinta (30) días calendario?</p>	<p>Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/></p>
--	--

<p>2. ¿Está el solicitante en riesgo inminente de disolución (ruptura) familiar que involucra a un menor, un hijo dependiente o un cónyuge dependiente, y el Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) llegó a esa conclusión en los últimos treinta (30) días calendario?</p>	<p>Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/></p>
<p>3. ¿Se determinó que el solicitante está en las etapas finales de una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis (6) meses o menos, y dicha determinación está documentada por la declaración de un médico?</p>	<p>Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/></p>
<p>4. ¿Fue el solicitante víctima de violencia doméstica en los últimos treinta (30) días calendario y esa determinación está documentada mediante un reporte policial o una orden judicial? Si el reporte policial o la orden judicial no están disponibles, es posible que se requiera documentación de una entidad apropiada de violencia doméstica.</p>	<p>Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/></p>
<p>5. ¿Está el solicitante en riesgo inminente de que lo ingresen en un centro de enfermería u hospital sin servicios ni apoyos que cubran sus necesidades en un plazo de treinta (30) días calendario, y dicha determinación está documentada por la declaración de un médico?</p>	<p>Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/></p>
<p>6. ¿Cuál es la discapacidad física del solicitante?</p>	<p style="text-align: center;"><b>Descríbala aquí</b></p>
<p>Doy fe de que toda la información presentada cumple los criterios para su consideración según la Política de solicitud de excepción por crisis por PD de HCBS.</p>	
<p>Nombre del evaluador de elegibilidad (en letra de molde):</p>	<p>Teléfono:</p>
<p>Firma del evaluador de elegibilidad:</p>	<p>Fecha:</p>