

Constance Holloway
Directora Estatal
Carolyn Benzon
Asesora General Interina
Janet Brock Priest
*Directora Estatal Asociada
de Operaciones*
Lori Manos
*Directora Estatal Asociada
de Políticas*
Harley T. Davis, Ph.D.
Director Administrativo
Quincy Swygert
Director Financiero



**South Carolina
Department of Disabilities
and Special Needs**

3440 Harden Street Extension
Columbia, South Carolina 29203
(803) 898-9600
Número Gratuito: 888/DSN-INFO
Página de Inicio: ddsn.sc.gov

COMISIÓN
Eddie L. Miller
Presidente
Michelle Woodhead
Vice Presidente
Gary Kocher, M.D.
Secretario
Barry D. Malphrus
David L. Thomas

Hola,

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que está sucediendo con el Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales (DDSN) de Carolina del Sur. Estamos iniciando el proceso para ver si usted es elegible para recibir ayuda debido al Trastorno del Espectro Autista. Esto es lo que usted debe hacer:

1. Complete los cuatro formularios que le enviamos (Cuestionario de Admisión por Autismo, Acuerdo de Servicio, Permiso para Evaluar y Autorización para Divulgar u Obtener Registros). Asegúrese de firmar y fechar cada uno. Envíelos de vuelta tan pronto como pueda.
2. Si usted tiene algún registro que demuestre que tiene un trastorno del espectro autista, envíelo también. Dichos registros pueden ser cosas como trabajos escolares (evaluaciones o valoraciones), informes de médicos o registros de salud mental.
3. Si tiene menos de 21 años, también debe enviar registros escolares.

Ponga todo en el sobre que le dimos y envíelo de vuelta. Puede enviarlo por correo a la División de Elegibilidad de DDSN en 8301 Farrow Road, Columbia, SC 29203; o puede enviarlo por correo electrónico a autismeligibility@ddsn.sc.gov. Si lo prefiere, puede enviarlo por fax al 803-545-4476.

Puede encontrar más información en inglés y español en el sitio web de la DDSN: <https://ddsn.sc.gov/services/applying-services>.

Para aprender más sobre DDSN en español, vaya a nuestra página web. Si necesita ayuda para entender esta carta o el proceso de Admisión y Elegibilidad de DDSN, nuestro equipo que habla español está listo para ayudarle. Por favor, comuníquese con Ixis Vazquez al 803-898-9811 o IVazquez@ddsn.sc.gov.

Recuerde, algunos servicios de DDSN son solo para personas con exenciones. Si obtiene la aprobación para los servicios de DDSN, dos exenciones pueden ayudarlo. Pero ahora mismo hay una lista de espera para ambos. Se llaman Exención por Discapacidad Intelectual/Discapacidades Relacionadas (ID/RD) y Exención de Apoyo Comunitario (CS).

Si tiene preguntas, puede llamar a la División de Elegibilidad de DDSN al número gratuito 1-800-289-7012. Están abiertos de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, excepto días festivos.

Gracias por su interés en DDSN.

Atentamente,
Brian K. Hawkins, MA

Director, División de Elegibilidad



Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información.

Por favor revíselo detenidamente.

Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y demás información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
 - Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Tal vez cobremos una tarifa razonable basada en el costo.
-

Pídanos corregir su expediente médico

- Puede pedirnos corregir la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
 - Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.
-

Solicite comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos comunicarnos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
 - Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
-

Pídanos limitar lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos no usar ni compartir cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
 - No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectaría su atención.
 - Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos no compartir esa información para fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
 - Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.
-

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué.
 - Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.
-

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.
-

Elija a alguien que actúe por usted

- Si usted le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
 - Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
-

Presentar una denuncia si siente que se violan sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información en la última página.
 - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
 - No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
-

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartamos información en una situación de socorro en caso de desastre
- Incluyamos su información en un directorio de hospitales

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
 - Venta de su información
 - Mayor intercambio de notas de psicoterapia
-

En el caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no nos comuniquemos con usted nuevamente.

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para tratarle	<ul style="list-style-type: none">Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.	<i>Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.</i>
Para dirigir nuestra organización	<ul style="list-style-type: none">Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.	<i>Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.</i>
Para facturarle por los servicios a usted	<ul style="list-style-type: none">Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.	<i>Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.</i>

continúa en la siguiente página

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, ver:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

- Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayudar con retiradas de productos
 - Informar reacciones adversas a los medicamentos
 - Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona
-

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
-

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si el mismo quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
-

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

Atender la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
 - Para reclamos de compensación laboral
 - Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
 - Con organismos de vigilancia de la salud para las actividades autorizadas por la ley.
 - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

El Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales de Carolina del Sur se ha convertido en miembro del Intercambio de Información de Salud de Carolina del Sur ("SCHIEx"). Su privacidad y su información personal de salud están protegidas por las leyes federales y estatales. Esas leyes federales y estatales también rigen la forma en que se utiliza o comparte su información médica personal y electrónica a través de SCHIEx. Sus médicos y otros proveedores de atención médica usarán y compartirán su información médica electrónica con otros médicos y proveedores de atención médica involucrados en su atención, a través de SCHIEx EXCHANGE para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado.

Los miembros de SCHIEx EXCHANGE pueden incluir proveedores de atención médica autorizados en el Estado de Carolina del Sur, incluidos médicos, dentistas, quiroprácticos, optometristas, podólogos, farmacéuticos, asistentes médicos y enfermeras practicantes. Los miembros también pueden incluir organizaciones como hospitales, instalaciones quirúrgicas ambulatorias, agencias de atención médica domiciliaria, farmacias, proveedores de administración de casos, proveedores de telemonitoreo, intercambios de información de salud y organizaciones dentro de las cuales ejercen personas elegibles. También podemos compartir su información de salud personal a través de SCHIEx EXCHANGE con agencias que auditan, investigan e inspeccionan programas de salud para la salud y seguridad del público. Podemos enviar información según lo exige la ley, incluidos, entre otros: datos de vacunación, datos de informes de calidad y datos de enfermedades transmisibles a una agencia estatal o federal.

Usted puede optar por no participar en SCHIEx EXCHANGE. Al optar por no participar, su información de salud personal no se compartirá a través de SCHIEx EXCHANGE.

Si desea excluirse de SCHIEx EXCHANGE, debe solicitar, completar y firmar un formulario de exclusión voluntaria que nos indique por escrito que no desea que su información personal de salud se incluya ni se comparta a través de SCHIEx EXCHANGE

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales de Carolina del Sur

*3440 Harden Street Ext., Columbia, SC 29203 <http://www.ddsn.sc.gov/>
Oficial de Privacidad de DDSN, dalston@ddsn.sc.gov, 803-898-9706*



ACUERDO DE SERVICIO

Destinatario del Servicio: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La persona mencionada en este documento está siendo verificada a fin de ver si califica para recibir ayuda del Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales de Carolina del Sur (DDSN), o si ya se ha determinado que es elegible para los servicios del DDSN. Llamaremos a esta persona el "destinatario del servicio" en este documento.

Si usted es el destinatario del servicio o el cuidador del destinatario del servicio mencionado anteriormente, debe saber que cualquier servicio del DDSN brindado antes de determinar la elegibilidad finalizará si se determina que la persona no es elegible para los servicios del DDSN.

Incluso si se determina que la persona es elegible para los servicios del DDSN, ello no garantiza que recibirá servicios específicos. El que obtengan servicios depende de que los profesionales reconocidos por el DDSN evalúen sus necesidades y el DDSN acepte esos resultados. La disponibilidad de un servicio o programa también es importante y, si no hay disponibilidad, es posible que la persona tenga que esperar.

Si la persona es elegible para los servicios del DDSN y sus necesidades coinciden, recibirá servicios de acuerdo con sus requisitos y con base en el DDSN, Medicaid u otras normas.

Si la mejor manera de satisfacer las necesidades de la persona es ubicarla en un entorno residencial patrocinado por el DDSN, dependerá de si existe una vacante en el entorno más adecuado y menos restrictivo para ella.

El DDSN puede facturar al seguro privado de la persona, a Medicare, Medicaid o a cualquier otro pagador externo por los servicios cubiertos proporcionados. La persona o su cuidador no serán responsables de los costos no cubiertos por Medicare, Medicaid o cualquier pagador tercero.

Firma de la Persona/Cuidador/Representante Legal

Fecha: _____

Firma del Testigo

Fecha: _____

Enviar expedientes a:

Dirección de Envío
DDSN Eligibility Division
ATTN: Autism
8301 Farrow Road
Columbia, SC 29203

o

Email
autismeligibility@ddsn.sc.gov

o

Fax
(803) 545-4476



PERMISO PARA EVALUAR

Nombre de la Persona Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Como persona solicitante o padre/tutor legal de la persona solicitante, solicito una evaluación para ver si es elegible para recibir servicios a través del Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales de Carolina del Sur (DDSN).

Entiendo que para determinar si la persona puede recibir servicios del DDSN, es posible que el DDSN necesite consultar registros médicos, psicológicos, escolares u otros. Si se necesita ayuda para obtener estos registros, ellos le ayudarán. Es posible que también necesiten realizar pruebas psicológicas u otras evaluaciones. Si se necesitan más evaluaciones, el DDSN las establecerá. El solicitante o su cuidador no tendrán que pagar por las pruebas psicológicas cuando el DDSN las disponga.

Entiendo que incluso si se determina que la persona es elegible para los servicios del DDSN, eso no significa que recibirá ninguna ayuda específica.

Firma de la Persona/Cuidador/Representante Legal

Fecha: _____

Firma del Testigo

Fecha: _____

Enviar expedientes a:

Dirección de Envío
DDSN Eligibility Division
ATTN: Autism
8301 Farrow Road
Columbia, SC 29203

o

Email
autismeligibility@ddsn.sc.gov

o

Fax
(803) 545-4476



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER REGISTROS

Este documento otorga permiso a la División de Elegibilidad del Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales de Carolina del Sur (DDSN) para OBTENER o COMPARTIR los siguientes registros:

Nombre: _____ SS#: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Servicio(s): _____

Para/De: _____

El DDSN utilizará esta información para ayudar con la evaluación, crear un plan de servicios, tratamiento u otros servicios.

El DDSN obtendrá los registros más recientes **si están disponibles sin costo alguno**. Estos registros pueden incluir:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de Admisión/Dada de Alta | <input type="checkbox"/> Informes CT/MRI de la Cabeza/Cerebro/Columna Vertebral |
| <input type="checkbox"/> Registros del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> IEP |
| <input type="checkbox"/> Historia Médica y Física | <input type="checkbox"/> Consultas de Neurología |
| <input type="checkbox"/> PT/OT/ST/Evaluaciones Iniciales | <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica |
| <input type="checkbox"/> Registros Relacionados con la Capacidad Funcional | <input type="checkbox"/> Otro (<i>especificar</i>): _____ |

Al firmar este formulario, acepto divulgar información que ayudará a determinar si soy elegible para recibir servicios del DDSN.

Entiendo que los registros que se divulgan pueden contener detalles sobre atención psiquiátrica, agresión sexual, problemas de drogas o alcohol y enfermedades infecciosas, incluido el VIH y el SIDA.

Sé que puedo retirar este permiso por escrito en cualquier momento antes de que se divulgue la información. Si no lo retiro, este permiso será válido por un año a partir de la fecha en que lo firmé.

Entiendo que no firmar este formulario no me impedirá recibir servicios. Pero si no proporciono la información necesaria, podría afectar mi elegibilidad para recibir servicios.

Sé que la información compartida a través de esta autorización podría ser compartida nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley.

Entiendo que la información podría divulgarse de diferentes maneras, como fax, correo electrónico, correo directo, comunicación inalámbrica o por teléfono.

Firma de la Persona/Cuidador/Representante Legal

Fecha: _____

Firma del Testigo

Fecha: _____

Enviar expedientes a:
Dirección de Envío
DDSN Eligibility Division
ATTN: Autism
8301 Farrow Road
Columbia SC 29203

o [Email
autismeligibility@ddsn.sc.gov](mailto:autismeligibility@ddsn.sc.gov) o Fax
(803) 545-4476

Cuestionario de Admisión de Elegibilidad por Autismo

En el Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales de Carolina del Sur (DDSN), nuestro objetivo es ofrecer los mejores servicios para ayudar a las personas con discapacidades y sus familias en nuestro estado. Para asegurarnos de que podamos ayudarlo de manera efectiva, complete este cuestionario en su totalidad e incluya cualquier documento adicional que le hayamos solicitado. Puede enviar el cuestionario y los documentos al DDSN por correo electrónico o correo postal. Si no completa todo el cuestionario, se retrasará el procesamiento y revisión oportuna de la información de referencia. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con el departamento de Elegibilidad de Autismo al (803) 898-3201 o enviarles un correo electrónico a autismeligibility@ddsn.sc.gov.

Sección I			
Nombre Completo del Solicitante:			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Raza:
Número de Medicaid:		Número de Seguro Social:	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Número de Teléfono:		Correo Electrónico:	
¿Cómo le gustaría que nos pusiéramos en contacto con usted? <input type="checkbox"/> Llamada Telefónica <input type="checkbox"/> Email			
¿La persona que presenta la solicitud vive sola o con sus padres o tutores? <input type="checkbox"/> Independientemente <input type="checkbox"/> Con Progenitor(es) <input type="checkbox"/> Con Tutor(es)			
¿Qué idioma habla mejor o con mayor frecuencia la persona que presenta la solicitud?		¿La persona que presenta la solicitud necesita que alguien le ayude a traducir o interpretar idiomas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Sección II			
Si la persona que solicita tiene 18 años o más, ¿se considera legalmente responsable de sí mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			
* Si responde "Sí", pase a la siguiente pregunta.			
* En caso negativo, adjunte el Poder Notarial o la documentación de Tutela y enumere la información solicitada a continuación.			
Nombre del Tutor del Solicitante:		Relación con el Solicitante:	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Número de Teléfono:		Correo Electrónico:	
Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:	Mayor Nivel de Educación Completado:	
Nombre del Empleador:			
Número de Teléfono del Empleador:		Ocupación:	
Dirección del Empleador:		Ciudad:	Estado: Código Postal:

Sección III	
¿Ha elegido la persona solicitante a alguien para recibir y/o hablar sobre información en su nombre y acudir a posibles citas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	
* En caso afirmativo, indique el nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico y la relación de esa persona en el espacio a continuación.	
Nombre:	Relación con el Solicitante:
Número de Teléfono:	Correo Electrónico:

Sección IV

¿Es adoptado el solicitante o se encuentra actualmente en cuidado de crianza? Sí No Se desconoce

* En caso afirmativo, especifique el estatus aplicable.

Adoptado Actualmente en crianza temporal

¿Está el solicitante al tanto de su estatus de adopción o cuidado de crianza? Sí No Se desconoce

¿En cuántas casas de acogida o lugares temporales ha vivido la persona solicitante a lo largo de su vida?

Lugar de Nacimiento del Solicitante (ciudad y estado):

¿La edad del solicitante cuando fue adoptado o colocado en cuidado de crianza temporal?

Sección V

¿Hay otras personas viviendo en la casa del solicitante? Sí No Se desconoce

* Si responde "Sí", en el cuadro a continuación, indique el nombre, la edad y la relación de esa persona con el solicitante.

Nombre	Edad	Relación con el Solicitante

Sección VI

¿Tiene la persona que solicita algún familiar con una discapacidad o trastorno similar?

Sí No Se desconoce

* Si responde "Sí", en el cuadro a continuación, especifique incluyendo la relación del miembro de la familia en la línea correspondiente.

Discapacidad/Trastorno	Relación con el Solicitante (padre, madre, hermano, hermana, abuelo, abuela, tío, tía)
Trastorno del Espectro Autista	
Discapacidad Intelectual/Discapacidad Intelectual Relacionada	
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)/Trastorno por Déficit de Atención (TDA)	
Trastorno del Lenguaje/Comunicación	
Ansiedad/Depresión	
Trastorno de Oposición Desafiante (TND)/Trastorno de Conducta	
Esquizofrenia/Psicosis	
Trastorno Bipolar	
Otro (favor especificar):	

Sección VII

¿Tiene la persona que presenta la solicitud un administrador de casos, un intervencionista temprano o un especialista en intervención?

Sí No Se desconoce

* Si responde "Sí", en el espacio a continuación, especifique y proporcione su nombre, información de contacto y su agencia empleadora.

Nombre:

Título/Cargo: Administrador de Casos Intervencionista Temprano / Especialista en Intervención

Agencia:

Número de Teléfono:

Correo Electrónico:

Sección VIII

¿Recibe la persona que presenta la solicitud ayuda o apoyo de algún otro programa o agencia del estado?

Sí No Se desconoce

**Si responde "Sí", en los espacios a continuación, proporcione la información de contacto de los proveedores de servicios.*

Nombre del Proveedor (#1):

Número de Teléfono:

Contacto del Proveedor/Nombre del Representante:

Nombre del Proveedor (#2):

Número de Teléfono:

Contacto del Proveedor/Nombre del Representante:

Nombre del Proveedor (#3):

Número de Teléfono:

Contacto del Proveedor/Nombre del Representante:

Sección IX

¿Ha recibido actualmente o en el pasado la persona que solicita algún tipo de terapia? Sí No Se desconoce

** En caso afirmativo, complete el cuadro a continuación*

*** La terapia incluye cosas como Intervención Temprana, Análisis Conductual Aplicado, Habla y Lenguaje, Psicoterapia Ocupacional, Física, Cognitivo Conductual y más.*

Tipo de Terapia	Proveedor/Agencia	Fecha de Servicio Más Reciente

Sección X

¿Ha sido alguna vez la persona solicitante diagnosticada con trastorno del espectro autista (TEA)? Sí No

Se desconoce

** En caso afirmativo, escriba el nombre y la información de contacto del médico, evaluador o clínica y el diagnóstico en el espacio provisto a continuación.*

*** Recuerde adjuntar una copia del informe de diagnóstico y cualquier otro documento importante con este cuestionario.*

Nombre del Doctor/Evaluador/Clínica:

Fecha de la Evaluación/Diagnóstico:

Número de Teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Sección XI

¿La persona solicitante alguna vez ha tenido una evaluación de desarrollo, psicológica, neuropsicológica, educativa o psiquiátrica? Sí No Se desconoce ** Si responde "Sí," complete el cuadro a continuación.*

*** Recuerde adjuntar una copia del informe de diagnóstico y cualquier otro documento importante con este cuestionario.*

Nombre del Doctor/Evaluador/Clínica	No. Teléfono	Diagnóstico	¿Estuvo usted satisfecho con el resultado?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección XII

¿Está actualmente la persona que presenta la solicitud consultando a un pediatra del desarrollo, un proveedor de salud mental, un psicólogo, un psiquiatra o un consejero? Sí No Se desconoce * Si responde "Sí," complete el cuadro a continuación

Nombre del Doctor/Evaluador/Clínica	Número de Teléfono	Fecha de Servicio Más Reciente

Sección XIII

¿La persona que solicita va a una guardería? Sí No Se desconoce

* Si responde "Sí", escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de la guardería en el espacio provisto a continuación.

Nombre de la Guardería:	Número de Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Sección XIV

La persona que solicita va a la escuela? Sí No Se desconoce

* Si responde "Sí", en el espacio a continuación, especifique el tipo de escuela, el nombre de la escuela, la dirección, el número de teléfono, el nombre de su(s) maestro(s) y el tipo de salón de clases.

Nombre de la Escuela:			
Tipo de Escuela: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Educación en casa			
Tipo de Aula: <input type="checkbox"/> Educación General <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Combinación			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Nivel de Grado:	Nombre(s) del Maestro:	

Sección XV

¿La persona que solicita ha terminado la escuela secundaria? Sí No Se desconoce

* En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente para indicar qué diploma o certificado recibieron.

- Diploma de Bachillerato Diploma de Equivalencia de Bachillerato (certificado)
 Diploma de Educación General (GED) Diploma de Finalización de Secundaria con Prueba de Evaluación (TASC)

Sección XVI

¿La persona que solicita tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) o un Plan 504?

Sí No Se desconoce

* En caso afirmativo, envíe una copia del IEP, el Plan 504 y/o cualquier evaluación junto con este cuestionario.

** Importante: Si la persona es menor de 21 años, asegúrese de enviar todos los registros escolares.

* Si el solicitante es mayor de 18 años y legalmente responsable de sí mismo, se requiere su firma en todos los formularios.

Nombre de la persona que completa este formulario (letra imprenta): _____

Relación con el Solicitante: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Una vez que haya completado el cuestionario, usted podrá devolverlo de dos formas: por correo electrónico o correo postal.

Si desea utilizar el correo electrónico, envíe el formulario completo y cualquier informe o documento a esta dirección de correo electrónico:

autismeligibility@ddsn.sc.gov

Si prefiere utilizar el correo postal, escriba el sobre así:

DDSN Eligibility Division
ATTN: Autism
8301 Farrow Road
Columbia, SC 29203