

Solicitud para la determinación de elegibilidad para niños menores de 18 años de edad con discapacidades del desarrollo

Formulario A: Información y declaración del solicitante

Este formulario recoge información sobre el niño y los beneficios, la educación y los servicios del niño. También reúne información sobre la persona que presenta la solicitud en nombre del niño.

La primera parte de este formulario la debe firmar la persona que presenta la solicitud para el niño. Debe ser el padre, el tutor legal u otra persona legalmente autorizada para hacerlo.

Usted puede reunir información y pedir ayuda para completar esta solicitud a un amigo, un miembro de la familia, la escuela o los médicos del niño, o cualquier organización que ayuda a las familias a obtener servicios.

NJ Children's System of Care

Estado de New Jersey - Departamento de Niños y Familias Declaración

De conformidad con el Estatuto Revisado, Estado de New Jersey, Sección 30:4-25.2 y Sección 30:4 C-4.4, la solicitud se presenta ante el Comisionado del Departamento de Niños y Familias para que determine la elegibilidad para los servicios proporcionados a través de la División del Sistema de Cuidado de Niños (CSOC) para:

Nombre:

--	--	--

Primer nombre

Inicial del segundo
nombre

Apellido

Fecha de nacimiento:

Al firmar esta solicitud, también declaro que:

1. El solicitante y/o su padre o tutor legal residen en New Jersey para otros fines que no sean temporales y han expresado la intención de tener su residencia principal en el Estado de conformidad con N.J.A.C. 10:196.
2. Esta Solicitud y todos los formularios presentados junto con ella se completan con la mayor precisión posible.
3. Comprendo que tengo la oportunidad de apelar una determinación de no elegibilidad según N.J.A.C. 10:196-5.1.
4. Entiendo que si el solicitante cumple con los requisitos para los servicios de CSOC y solicita servicios fuera del hogar, estará obligado a proporcionar toda la información financiera conforme a N.J.A.C.10:46D antes de que se presten los servicios fuera del hogar.

Esta solicitud se realiza según R.S. 30: 4-25.2 en virtud de la relación con el Solicitante indicado anteriormente:

Padre

Tutor Legal del menor de edad (niño)

Tribunal con jurisdicción sobre un menor de edad

Agencia con custodia y cuidado de un menor de edad

Firma:

Fecha:

Nombre:

Cargo, si es representante de tribunal o agencia:

NJ Children's System of Care

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN Y ESTADO DE CIUDADANÍA DEL NIÑO

Instrucciones: Complete la siguiente información sobre el niño. Tenga en cuenta que usted deberá proporcionar evidencia de que el niño o el padre/tutor legal del niño son ciudadanos estadounidenses o residentes permanentes para poder presentar la solicitud.

Nombre del niño:

Primer nombre

Inicial de segundo nombre

Apellido

Dirección del niño:

Calle

Número de apartamento

Ciudad

Estado

CP

Sexo: Masculino

Femenino

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):

¿El niño es ciudadano estadounidense? Sí No

SI LA RESPUESTA ES NO:

Fecha de vencimiento de la residencia permanente (mm/dd/aa):

¿Actualmente el niño reside en un programa residencial? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, complete debajo:

Tipo de colocación:

Nombre y ubicación del proveedor:

Fuente de financiamiento:

Fecha de colocación (mm/dd/aa):

Describa la situación actual de vida:

¿El joven actualmente participa de la DCP&P (División de protección y permanencia de niños)?

Sí No

Idioma principal del niño: Inglés Español Otro:

Opcional:

Grupo étnico: Hispano/latino No hispano/latino

Raza: Blanca Negra o afroamericana Indio estadounidense o nativo de Alaska

Asiático Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico

NJ Children's System of Care

¿Un médico, terapeuta, administrador de cuidado o una agencia de servicios comunitarios lo están ayudando a completar esta solicitud? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la organización y detalles a continuación:

Nombre:

Organización:

Teléfono principal:

Dirección:

Calle

Número de apartamento

Ciudad

Estado

CP

Permiso para PerformCare para comunicarse con terceros (opcional)

¿Querría que la persona nombrada arriba se comunique con PerformCare para que lo ayude con la solicitud en nombre de su hijo?

Si su respuesta es sí, su permiso nos permite explicar el estado de la solicitud de su hijo y qué información adicional puede ser necesaria para completar el proceso de solicitud.

Por la presente, autorizo a PerformCare a revelar el estado de la solicitud de mi hijo y cualquier información necesaria para completar el proceso de solicitud. Este permiso no incluye la divulgación de la información médica personal (PHI) de mi hijo.

(Nombre de la persona)

(Nombre de la agencia, si corresponde)

(Número de teléfono)

(Firma del padre/tutor)

(Fecha)

Este formulario de autorización a terceros está disponible como un formulario independiente si desea conceder permiso a individuos/organizaciones adicionales para verificar el estado de su solicitud en su nombre.

NJ Children's System of Care

Si el solicitante recibe SSA/SSDI o SSI, ¿existe un representante del beneficiario? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, complete debajo:

Beneficio	Nombre	Dirección	Teléfono	Relación
#1				
#2				

Comentarios:

SECCIÓN 4: ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

Instrucciones: La presencia de una discapacidad o una condición médica incapacitante que requiere servicios o apoyo continuos es uno de los requisitos para los servicios de discapacidades del desarrollo. En esta sección, identifique a los profesionales de atención médica que actualmente o recientemente han tratado al niño. También incluya información sobre los profesionales que han proporcionado el diagnóstico o la planificación del tratamiento, remóntese a tres años si no dispone de informes de diagnóstico más recientes.

1. ¿El niño tiene actualmente un proveedor de atención primaria (PCP)? Sí No

2. ¿El niño ha visto o ha ido a una visita para consultar u obtener un diagnóstico de un médico especialista como un neurólogo, psiquiatra, ortopedista u otro profesional? Sí No

3. Si la respuesta es sí, ¿cuál es el diagnóstico actual de su hijo? _____

4. El niño requiere servicios para:

- Habla/lenguaje Fisioterapia Terapia ocupacional Asesoramiento
 Ninguno Otro: _____

5. Enumere el nombre de los médicos o terapeutas que han tratado, recetado o diagnosticado al niño más recientemente:

Marque	Nombre/grupo del médico o terapeuta	Fecha de la última visita (mes/año)
<input type="checkbox"/>	Atención primaria	
<input type="checkbox"/>	Médico especialista	
<input type="checkbox"/>	Otro médico especialista	
<input type="checkbox"/>	Terapeuta del habla y del lenguaje	
<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta	
<input type="checkbox"/>	Terapeuta ocupacional	
<input type="checkbox"/>	Asesoramiento	
<input type="checkbox"/>	Otro	

SECCIÓN 5: EDUCACIÓN

Instrucciones: Proporcione información sobre la escuela actual del niño, nivel de grado, y clasificación de educación, según corresponda.

1. Escuela actual en la que está inscrito

Nombre	Ciudad	Distrito
--------	--------	----------

2. Nivel de grado actual: _____

3. Colocación actual en la escuela

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aula regular | <input type="checkbox"/> Unidad de servicios especiales |
| <input type="checkbox"/> Sala de recursos | <input type="checkbox"/> Escuela fuera del distrito (programa de día solamente) |
| <input type="checkbox"/> Independiente en escuela regular | <input type="checkbox"/> Escuela fuera del distrito (residencial) |
| <input type="checkbox"/> Escuela especializada en el distrito | |

4. ¿El niño está clasificado por el Child Study Team (equipo de estudio del niño)?

- Sí No Esperando la determinación El niño no asiste a la escuela

SI LA RESPUESTA ES SÍ

Fecha de clasificación inicial (mm/año): _____

Nivel de grado al momento de la clasificación: _____

5. Clasificación actual de Educación Especial de NJ (*si corresponde*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deterioro de la audición | <input type="checkbox"/> Deterioro ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Autista | <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo |
| <input type="checkbox"/> Niño en edad preescolar con discapacidad | <input type="checkbox"/> Deterioro de la comunicación |
| <input type="checkbox"/> Emocionalmente perturbado | <input type="checkbox"/> Socialmente inadaptado |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad múltiple | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Sordera/ceguera | <input type="checkbox"/> Trastornos de la vista |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad específica de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud |

Comentarios:

¡Importante! Esta es la primera parte de una solicitud de cuatro partes. Continúe con el Formulario B: Resumen del comportamiento de adaptación del niño (CABS).