

Discapacidades intelectuales o del desarrollo (IDD, por sus siglas en inglés)

Solicitud para la gestión de casos de la Norma 185

Envíe la información a:

Correo: Washington County Community Services, ATTN: IDD Intake

P.O. Box 30, 14949 62nd Street N., Stillwater, MN 55082

Fax: "ATTN: IDD Intake" al 651-430-6527

Correo electrónico: CSAAD-IDD-Eligibility@co.washington.mn.us, incluya el asunto "IDD Application Information".

Teléfono: 651-430-6422

***Complete esta solicitud desde el punto de vista de la persona que solicita los servicios.**

Nombre completo: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social: _____ N.º de MA/TEFRA/PMI: _____

Dirección: _____

Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

¿Tiene seguro médico privado? ☐ Sí ☐ No

Origen étnico o raza (opcional): _____ Identidad de género (opcional): _____

Nombre de los padres: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Nombre de los padres: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Tutor (si corresponde): _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Condición/tipo legal: ☐ Hijo menor de edad ☐ Propio ☐ Tutor particular ☐ Tutor privado ☐ Custodia del estado

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿en qué idioma? _____

¿Hay más personas en su familia inmediata? _____

¿Tiene a alguien más que le brinde apoyo actualmente? ☐ Sí ☐ No

(Incluya a todos los familiares, amigos, vecinos o agencias que le brindan apoyo, incluidos programas como Asistencia de Cuidado Personal (PCA), gestores de casos u otros proveedores de servicios)

¿Está inscrito actualmente en la escuela? ☐ Sí ☐ No

(En caso afirmativo, ¿en qué grado está? ¿Tiene una persona principal en la escuela que te brinda apoyo? ¿Cuál es su información de contacto?)

Información de diagnóstico

Fecha de la última evaluación de diagnóstico: _____

Nombre/credenciales de la persona que realizó esta prueba: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Coeficiente intelectual (CI) de escala completa: _____

Fecha de otros diagnósticos o pruebas: _____

Nombre/credenciales de la persona que realizó esta prueba: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Coeficiente intelectual (CI) de escala completa: _____

¿Hay algún otro proveedor de atención médica que desee compartir con nosotros? ☐ Sí ☐ No

Enumérelos aquí si lo desea (no es obligatorio):

Historial del nacimiento y desarrollo

Describe la información sobre el embarazo y el parto que afectó o pudo haber afectado el desarrollo (como parto prematuro, complicaciones, etc.):

¿Cuándo notó dificultades en los hitos del desarrollo? ¿Puede describir estas situaciones (por ejemplo, a qué edad se sentó, gateó, caminó, habló, etc. por primera vez)?

Describa las fortalezas sociales y las áreas que pueden suponer un mayor reto (como hacer amigos, seguir una rutina, hacer cosas divertidas dentro y fuera de casa, poder estar solo en casa, etc.):

Comparta cualquier información adicional sobre fortalezas o áreas en las que necesita apoyo (como información no recopilada en la evaluación de MnCHOICES o si no realizó una evaluación de MnCHOICES):

Información sobre el hogar

Describa los lugares donde ha vivido o se ha quedado (como con sus padres, otros familiares o en un hogar grupal u hospital):

Información de apoyo adicional

¿Está buscando ayuda para algo en concreto? ¿Hay programas o servicios específicos que le interese explorar? (Tenga en cuenta: si usted es elegible para la gestión de casos para IDD, hay criterios de elegibilidad de programas y servicios que estamos obligados a seguir. Comprenda que, si usted está pidiendo un programa específico o una exención en esta solicitud, será necesario cumplir con criterios específicos de elegibilidad y seguir un proceso de aprobación)

Completado por

Fecha