

Solicitud de determinación de discapacidad

Para uso exclusivo:

Condado

Fecha de la solicitud

Las personas que soliciten ayuda con su discapacidad deben cumplir con los requisitos financieros y de discapacidad. Utilizaremos la información que proporcione en esta solicitud para tomar una **determinación de discapacidad**.

¿Qué es una determinación de discapacidad?

Una determinación de discapacidad verifica si su condición médica reúne los requisitos para los beneficios y servicios de Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) debido a su discapacidad. Colorado también permite que las personas reúnan los requisitos para una discapacidad limitada si tienen empleo.

Si no es miembro de Health First Colorado:

- Deberá presentar una solicitud de determinación de discapacidad y una solicitud de Health First Colorado.
- Complete esta solicitud de determinación de discapacidad y **envíela al departamento de servicios humanos de su condado**.
- La solicitud de Health First Colorado es para verificar si cumple con los requisitos financieros. Encuentre la solicitud de Health First Colorado en healthfirstcolorado.com/apply-now/. También puede obtenerla en el departamento de servicios humanos de su condado.
- Si presenta las solicitudes de determinación de discapacidad y de Health First Colorado al mismo tiempo puede ayudarnos a tomar una decisión más rápidamente. **El hecho de tener una discapacidad no garantiza que reúna los requisitos.**

Si ya es miembro de Health First Colorado:

- No es necesario que llene una solicitud de Health First Colorado. Complete esta solicitud de determinación de discapacidad y **envíela al departamento de servicios humanos de su condado**.

Consejos para completar la solicitud de determinación de discapacidad

- Si alguna vez solicitó beneficios por discapacidad a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA), **incluya copias de todas las cartas y los avisos de la SSA sobre su solicitud de discapacidad.**
- **No deje respuestas en blanco a menos que el formulario le indique que omita una sección.** Si no sabe la respuesta, o la respuesta es “ninguno/a” o “no corresponde”, escriba: “no lo sé”, “ninguno/a” o “no corresponde”. No procesaremos solicitudes incompletas.
- **Proporcione la información de contacto completa de cada médico en esta solicitud.** Si no lo hace, es posible que no podamos obtener registros médicos de ellos que nos ayudarían a tomar una decisión acerca de su caso de discapacidad.
 - ◆ Todas las direcciones deben tener un **código postal.**
 - ◆ Todos los números de teléfono deben incluir el código de área.
- **No le pida a un médico u hospital que llene esta solicitud.** Puede obtener ayuda de un amigo, asesor, gestor de casos, trabajador del condado o familiar.
- **Proporcione las fechas completas (día/mes/año) y una explicación si la pregunta solicita detalles o si desea proporcionar información adicional.**
- Si necesita más espacio o desea contarnos más sobre una respuesta, **use el espacio proporcionado en la Sección 8, Observaciones.** Incluya el número de la pregunta que está respondiendo con más detalle.
- Puede enviar copias de cualquier registro médico que tenga con esta solicitud. Si no tiene copias, la persona que revise su solicitud puede obtenerlas de su proveedor, pero esto podría retrasar el tiempo de procesamiento de su solicitud.
- Muchos factores son relevantes cuando finaliza la revisión de su solicitud de discapacidad. Incluya toda la información y los registros médicos necesarios.

Cuando termine

- Llene completamente esta solicitud. **No procesaremos solicitudes incompletas.**
- **Debe** firmar con tinta.
- Envíe la solicitud de determinación de discapacidad **completa y firmada** al departamento de servicios humanos de su condado. Encuentre la información de contacto de su condado en CO.gov/cdhs/contact-your-county.

¿Qué pasará después?

Cuando se complete la revisión de toda su información, recibirá una carta para informarle si reúne los requisitos. Si no está de acuerdo con la decisión que se le comunica en la carta, puede apelarla. La información sobre cómo apelar se incluirá en la carta.

¿Necesita ayuda?

Complete tantas preguntas de la solicitud como pueda. Si necesita ayuda, comuníquese con el departamento de servicios humanos de su condado. Encuentre la información de contacto de su condado en CO.gov/cdhs/contact-your-county. Para obtener respuestas a las preguntas más frecuentes sobre las determinaciones de discapacidad, visite hfcgo.com/disability-faqs.

Sección 1 - Información sobre su discapacidad

A. **Nombre** (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

B. **Número de Seguridad Social** _____

☐ Marque aquí si no es elegible para recibir un número de Seguro Social o si se niega a obtener uno debido a una objeción religiosa bien establecida.

C. **Fecha de nacimiento**

D. **Edad**

E. **Sexo**

F. **Dirección postal** (número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

G. **Dirección de correo electrónico**

H. ¿Puede hablar y entender inglés? ☐ Sí ☐ No (El revisor pagará un intérprete si necesita hacerle una pregunta sobre su solicitud. Consulte la página “Ayuda en su idioma” al final de esta carta).

Si la respuesta es “No”, ¿qué idioma habla? _____

I. ¿Sabe leer en inglés? ☐ Sí ☐ No ¿Sabe escribir en inglés? ☐ Sí ☐ No

J. **Número de teléfono diurno:** si no tiene un teléfono donde pueda ser contactado, proporcione un número de teléfono diurno donde podamos dejarle un mensaje.

(____)_____ Este es ☐ Mi número ☐ El número para dejar mensajes

K. Si desea que un amigo o familiar que conoce sus condiciones de discapacidad le ayude con su solicitud, proporcione su información aquí para que podamos comunicarnos con dicha persona.

Nombre _____

Relación _____ Teléfono (____)_____

Dirección _____

(número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

Sección 1 (continuación)

Si completa la solicitud en nombre de un niño, complete las preguntas de la sección L. De lo contrario, pase a la Sección 2.

L. ¿El niño vive con usted? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “No”, indique a continuación con quién vive el niño.

Nombre _____

Relación con el niño _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____

(número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

¿El niño tiene un tutor legal o cuidador que no sea usted? ☐ Sí ☐ No

Nombre _____

Relación con el niño _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____

(número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

¿Hay otro adulto que ayude a cuidar al niño y pueda ayudarnos a obtener información sobre el niño de ser necesario? ☐ Sí ☐ No

Nombre _____

Relación con el niño _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____

(número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

Sección 2 - Sus condiciones de discapacidad física o mental y sus efectos

- A. ¿Cuál es su estatura sin zapatos? ____ Pies ____ Pulgadas
- B. ¿Cuánto pesa sin zapatos? ____ Libras
- C. ¿Cuáles son sus condiciones de discapacidad? Enumere cada condición por separado. Si tiene cáncer, incluya la etapa y el tipo.
- _____
- _____
- D. ¿De qué manera sus condiciones de discapacidad limitan su capacidad para trabajar?
- _____
- E. ¿Sus condiciones de discapacidad le causan dolor u otros síntomas, como convulsiones, etc.? ☐ Sí ☐ No
- F. ¿Cuándo le molestaron por primera vez sus condiciones de discapacidad? ____ Día/ ____ Mes/ ____ Año
- G. ¿Cuándo quedó incapacitado para trabajar debido a sus condiciones? ____ Día/ ____ Mes/ ____ Año
- H. ¿Alguna vez ha ganado dinero por su trabajo, incluido el empleo por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “No”, vaya a la Sección 4.
- I. ¿Trabajó en algún momento después de la fecha en que sus condiciones de discapacidad empezaron a molestarle? ☐ Sí ☐ No
- J. Si la respuesta es “Sí”, ¿sus condiciones de discapacidad le provocaron lo siguiente? (Marque todas las opciones que correspondan)
- ☐ Trabajara menos horas. (Explique a continuación)
- ☐ Cambiar sus obligaciones laborales. (Explique a continuación)
- ☐ Realizar cambios relacionados con el empleo, como asistencia, necesidad de ayuda o cambio de empleador. (Explique a continuación)
- _____
- _____
- _____

Sección 2 (continuación)

K. ¿Está trabajando ahora? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “No”, ¿cuándo dejó de trabajar? _____ Día/ _____ Mes/ _____ Año

¿Por qué dejó de trabajar? _____

L. ¿Alguna vez ha solicitado beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) o de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?
☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “Sí”, ¿en qué fecha presentó la solicitud más reciente?
_____ Día/ _____ Mes/ _____ Año

El estado de su solicitud de Seguro Social es:
☐ Aprobado ☐ Rechazado ☐ Aún pendiente

¿Cuál fue la fecha de su decisión más reciente?
_____ Día/ _____ Mes/ _____ Año

Si apeló, ¿en qué fecha presentó la apelación?
_____ Día/ _____ Mes/ _____ Año

Si se denegó su reclamación al Seguro Social, ¿experimenta condiciones nuevas o que empeoran ☐ Sí ☐ No Si la respuesta a la pregunta anterior es “Sí”, proporcione una breve descripción de las condiciones nuevas o que han empeorado en la **Sección 8, Observaciones**.

Si ha recibido SSDI o SSI y ya no lo recibe, ¿por qué se suspendió su beneficio?

Incluya copias de todas las cartas y avisos de la Administración de Seguridad Social (SSA) sobre su solicitud de discapacidad.

Sección 3 - Información sobre su empleo

A. Enumere los empleos (hasta cinco), incluido el trabajo protegido*, que ha tenido en los **15 años anteriores a su incapacidad para trabajar** debido a sus condiciones de discapacidad física, mental, emocional o del aprendizaje. Enumere primero su empleo más reciente. *El trabajo protegido emplea a personas con discapacidad separadas de los demás cuando trabajan.

☐ No corresponde. Marque esta casilla si no tuvo ningún empleo en los 15 años anteriores a su incapacidad para trabajar. No responda la Sección 3. Vaya a la Sección 4.

Cargo (Ver ejemplo)	Tipo de negocio	Fecha del empleo (Mes/año)		Horas por día	Días por semana	Tasa de pago (Por hora, día, semana, mes o año)	
		Desde	Hasta				
<i>Ejemplo: cocinero</i>	<i>Restaurante</i>	<i>Mayo de 2009</i>	<i>Junio de 2012</i>	<i>8</i>	<i>5</i>	<i>\$7.00</i>	<i>Hora</i>

B. ¿Cuál fue el empleo en el que más tiempo estuvo? _____

Sección 3 (continuación)

C. Describa este empleo. ¿Qué hacía durante todo el día? Si necesita más espacio, escriba en la Sección 8, Observaciones.

D. En este empleo, usted:

¿Utilizaba máquinas, herramientas o equipos ☐ Si ☐ No

¿Utilizaba conocimientos o habilidades técnicas? ☐ Si ☐ No

¿Llevaba a cabo tareas de redacción, completaba informes o hacía otras tareas similares? ☐ Si ☐ No

E. En este empleo, ¿cuántas horas **totales** al día realizaba cada una de las siguientes actividades? Caminar ____ Estar de pie ____ Subir ____

Permanecer sentado ____ Estirarse por encima de la cabeza ____

Arrodillarse (flexionar las piernas para apoyarse en las rodillas) ____

Manipular, tomar o sujetar objetos grandes ____

Manipular objetos pequeños, escribir o tipear ____

Agacharse (flexionar las piernas y la espalda, hacia abajo y hacia adelante) ____

Gatear (trasladarse sobre las manos y las rodillas) ____

Inclinarse (inclinarse hacia abajo y hacia adelante a la altura de la cintura) ____

F. Levantamiento y transporte: explique lo que levantaba, hasta dónde lo llevaba y con qué frecuencia lo hacía.

G. Marque el peso máximo que ha levantado: ☐ Menos de 10 libras
☐ 10 libras ☐ 20 libras ☐ 50 libras ☐ 100 libras o más

Sección 3 (continuación)

- H. Marque el peso que levantaba con frecuencia: (Con frecuencia significa: de $\frac{1}{3}$ a $\frac{2}{3}$ de la jornada laboral.) ☐ Menos de 10 libras
☐ 10 libras ☐ 20 libras ☐ 50 libras ☐ 100 libras o más
- I. ¿Supervisaba a otras personas en este trabajo? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es “No”, vaya a la Sección 4; si la respuesta es “Sí”,
¿A cuántas personas supervisaba? _____
¿Contrataba y despedía empleados? ☐ Sí ☐ No
¿Cuánto tiempo se dedicaba a supervisar a las personas? ____ Horas
- J. Marque si tiene limitaciones en alguna de las siguientes áreas, de lo contrario marque: ☐ Sin limitaciones
- ☐ Respiración ☐ Vista ☐ Audición ☐ Habla ☐ Concentración
 - ☐ Sueño ☐ Alimentación ☐ Comunicación ☐ Comprensión
 - ☐ Autocuidado ☐ Lidar con cambios en el entorno laboral de rutina
 - ☐ Realizar tareas manuales
 - ☐ Responder adecuadamente a las situaciones de supervisión
 - ☐ Compañeros de trabajo ☐ Situaciones laborales
 - ☐ Otras funciones corporales importantes

Sección 4 - Información sobre sus registros médicos

- A. ¿Un médico, hospital, clínica o cualquier otra persona lo ha visto por sus afecciones físicas, emocionales o mentales, o discapacidades de aprendizaje que limitan su capacidad para trabajar? ☐ Sí ☐ No
Si responde “No” a esta pregunta, no responda más preguntas en la Sección 4. Vaya a la Sección 5.
- B. Enumere otros nombres que haya utilizado en sus registros médicos, incluido su apellido de soltera, apellido de casada o apodos.

Sección 4 (continuación)

Díganos quién puede tener registros médicos u otra información sobre sus condiciones de discapacidad.

C. Enumere a cada médico, clínica, terapeuta y profesional médico con el que haya consultado. Utilice una hoja adicional si es necesario. Incluya la fecha en que vio por última vez al proveedor y la fecha de su próxima cita, si corresponde.

1. Nombre			ID de paciente (si se conoce)
Dirección			
Ciudad			Fecha de la primera consulta
Estado	Código postal	Teléfono	Fecha de la última consulta
			Próxima cita (si corresponde)
Motivos de las visitas. ¿Qué condiciones de discapacidad se trataron o evaluaron?			
¿Qué tratamiento recibió?			

Sección 4 (continuación)

2. Nombre			ID de paciente (si se conoce)
Dirección			
Ciudad			Fecha de la primera consulta
Estado	Código postal	Teléfono	Fecha de la última consulta
			Próxima cita (si corresponde)
Motivos de las visitas. ¿Qué condiciones de discapacidad se trataron o evaluaron?			
¿Qué tratamiento recibió?			

Sección 4 (continuación)

3. Nombre			ID de paciente (si se conoce)
Dirección			
Ciudad			Fecha de la primera consulta
Estado	Código postal	Teléfono	Fecha de la última consulta
			Próxima cita (si corresponde)
Motivos de las visitas. ¿Qué condiciones de discapacidad se trataron o evaluaron?			
¿Qué tratamiento recibió?			

Si necesita más espacio, use la Sección 8, Observaciones.

Sección 4 (continuación)

D. Enumere cada hospital y cualquier otro centro de atención médica que haya utilizado (incluidas las visitas a la sala de emergencias, si corresponde). No incluya nada de lo que ya enumeró en la Sección 4, Pregunta C. Enumere primero la fecha más reciente e incluya el tipo de visita.

1. Nombre del centro		Teléfono	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Tipo de visita			
☐ Hospitalización (se quedó al menos durante una noche) Fecha de entrada Fecha de salida			
☐ Visita ambulatoria (se fue a casa el mismo día) Fecha de la primera visita Fecha de la última visita			
☐ Visitas a la sala de emergencias (si las hubo) Fecha(s)			

2. Nombre del centro		Teléfono	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Tipo de visita			
☐ Hospitalización (se quedó al menos durante una noche) Fecha de entrada Fecha de salida			
☐ Visita ambulatoria (se fue a casa el mismo día) Fecha de la primera visita Fecha de la última visita			
☐ Visitas a la sala de emergencias (si las hubo) Fecha(s)			

Sección 4 (continuación)

Use la Sección 8, Observaciones, si necesita más espacio para esta información o para informarnos sobre lo siguiente:

Otras fuentes de información médica sobre su condición de discapacidad de indemnización por accidente laboral, rehabilitación vocacional, compañías de seguros que le han pagado beneficios por discapacidad, prisiones, abogados, agencias de servicios sociales y bienestar social. **Incluya toda la información médica, incluso si no está seguro de que la información se aplique a su determinación de discapacidad.** En la Sección 8, asegúrese de incluir lo siguiente:

- Nombre completo de la organización o la persona
- Número de teléfono
- Dirección, ciudad, estado, código postal
- Nombre de la persona de contacto
- Número de reclamación o de identificación (si corresponde)
- Fecha del primer contacto
- Fecha del último contacto
- Fecha del próximo contacto (si corresponde)
- Motivos de sus visitas

Si esta solicitud es para un niño, otras fuentes de información sobre su condición de discapacidad, registros médicos o información sobre las enfermedades, lesiones o condiciones de discapacidad del niño (padres de acogida, trabajadores sociales, consejeros, tutores, personal de enfermería escolar, centros de detención, abogados, compañías de seguros y/o indemnización por accidente laboral). Si el niño tiene programada otra visita, también incluya esta información en la Sección 8. En la Sección 8, asegúrese de incluir lo siguiente:

- Nombre completo de la organización o la persona
- Número de teléfono
- Dirección, ciudad, estado, código postal
- Nombre de la persona de contacto
- Número de reclamación o de identificación (si corresponde)
- Fecha del primer contacto
- Fecha del último contacto
- Fecha del próximo contacto (si corresponde)
- Motivos de sus visitas

Sección 5 - Información sobre sus pruebas médicas

¿Se ha realizado alguna prueba médica para sus condiciones de discapacidad? ☐ Sí (Si la respuesta es “Sí”, complete la siguiente información). ☐ No (Si la respuesta es “No”, vaya a la Sección 6).

Tipo de prueba	Fecha de la prueba (día/mes/año)	Nombre del centro donde se realizó la prueba	¿Quién solicitó la prueba?
ECG (prueba cardíaco)			
Cateterismo cardíaco			
Caminadora (prueba de esfuerzo)			
Biopsia: Nombre de la parte del cuerpo _____			
Prueba de audición			
Prueba de la vista			
Prueba de CI			
Prueba del habla/ lenguaje			
EEG (prueba de ondas cerebrales)			
Prueba de VIH			
Análisis de sangre (no VIH)			
Prueba de respiración			

Sección 5 (continuación)

¿Se ha realizado alguna prueba médica para sus condiciones de discapacidad? ☐ Sí (Si la respuesta es “Sí”, complete la siguiente información). ☐ No (Si la respuesta es “No”, vaya a la Sección 6).

Tipo de prueba	Fecha de la prueba (día/mes/año)	Nombre del centro donde se realizó la prueba	¿Quién solicitó la prueba?
Radiografía: nombre de la parte del cuerpo _____			
RM/TC: nombre de la parte del cuerpo _____			
Otra: nombre de la prueba y en qué parte del cuerpo _____			

Si se han realizado otras pruebas, enumérelas en la Sección 8, Observaciones.

Sección 6: Información sobre sus medicamentos

¿Actualmente toma medicamentos para sus condiciones de discapacidad? Incluya productos no recetados o medicamentos “de venta libre”.

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información, disponible en el frasco del medicamento:

Nombre del medicamento	Nombre y teléfono del médico (si es recetado)	Motivo por el que lo toma	Efectos secundarios experimentados

Sección 7 - Información sobre educación y capacitación

A. Marque el nivel educativo más alto alcanzado y la fecha aproximada de finalización. Es muy joven ☐ Fecha de finalización: _____

Grado escolar:

Universidad:

Pre-K K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED 1 2 3 4 Títulos avanzados

B. ¿Asistió a alguna clase de educación especial o completó algún tipo de capacitación laboral especializada, escuela vocacional o de comercio?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “Sí”, complete la siguiente información:

Nombre de la escuela _____

Dirección _____

(número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

Fechas de asistencia _____ hasta _____

Tipo de programa _____

Si ha pasado por más escuelas, enumérelas en la Sección 8, Observaciones.

Si completa la solicitud en nombre de un niño, complete las preguntas C a G. De lo contrario, pase a la Sección 8. Si el niño tiene un programa de educación individualizada y/o un plan de servicios familiares individualizados, incluya esos documentos.

C.¿El niño asiste a la guardería/el preescolar? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “Sí”, complete lo siguiente:

Nombre de la guardería/el preescolar/el cuidador _____

Teléfono (____)_____

Dirección _____

(número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

Fechas en que asistió _____ hasta _____

Nombre del maestro/cuidador _____

Sección 7 (continuación)

D. Incluya el nombre de la escuela a la que asiste actualmente el niño y las fechas de asistencia. Si el niño ya no va a la escuela, proporcione el nombre de la última escuela a la que asistió y las fechas de asistencia.

Nombre de la escuela _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____

(número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

Fechas de asistencia _____ hasta _____

Nombre del maestro _____

E. Si el niño no está inscrito en la escuela, explique por qué

F. Proporcione los nombres de todas las demás escuelas a las que asistió en los últimos 12 meses y las fechas.

Nombre de la escuela _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____

(número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

Fechas de asistencia _____ hasta _____

Nombre del maestro _____

Si ha pasado por más escuelas, enumérelas en la Sección 8, **Observaciones.**

G. ¿Se le han realizado pruebas al niño para detectar problemas de conducta o de aprendizaje? ☐ Sí ☐ No

Tipo de prueba _____ Fecha de la prueba _____

Tipo de prueba _____ Fecha de la prueba _____

¿El niño está recibiendo educación especial? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “sí” y es diferente de la anterior, nombre del maestro de educación especial _____

¿El niño está recibiendo terapia del habla/lenguaje? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “sí” y es diferente de la anterior, proporcione el nombre del terapeuta del habla/lenguaje _____

Sección 8 - Observaciones

Nota importante para todos los solicitantes: Debe firmar el formulario de autorización médica y esta solicitud para que puedan procesarse. Ya sea que complete la Sección 8 o no, use la siguiente página para firmar la solicitud. Utilice esta Sección 8 para proporcionar información adicional que no compartió en partes anteriores de este formulario o para la que no tuvo espacio. Incluya cualquier información adicional que desee agregar que pueda ayudarnos a tomar una determinación de discapacidad.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ESTA SOLICITUD DEBE ESTAR FIRMADA

Al firmar esta solicitud, afirmo que todo es cierto a mi leal saber y entender. Comprendo que le estoy dando a Colorado Department of Health Care Policy & Financing y sus designados la autoridad para realizar las comunicaciones necesarias para verificar cualquier declaración proporcionada en esta solicitud, y para solicitar todos los registros o la información necesaria para formular una determinación de discapacidad. Comprendo que enviar esta solicitud no garantiza que reciba ningún beneficio del programa.

Firma del solicitante o de la persona que presenta la solicitud en su nombre (padre/madre/tutor) 	Fecha (día, mes, año)
--	------------------------------

Si no puede firmar la solicitud y un representante firma en su nombre (es decir, poder notarial médico [Power of Attorney, POA]/ representante médico/tutor legal, tutor, custodio o POA general si tiene facultades para el seguro), también debe adjuntar copias de la documentación que demuestre que esta persona tiene un poder notarial médico o es su representante médico/tutor legal con esta solicitud. No envíe los documentos originales.

SOLO se requieren testigos si esta declaración ha sido firmada con una marca (X) arriba. Si está firmada con una marca (X), dos personas que conocen a la persona que hace la declaración deben estar presentes en el momento de la firma, firmar a continuación y proporcionar sus direcciones.

 Firma del Testigo	 Firma del Testigo
Dirección (número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)	Dirección (número, calle, núm. de apto./unidad [si corresponde], apartado postal o ruta rural, ciudad, estado, código postal)

Si desea o necesita que alguien le ayude con su solicitud de determinación de discapacidad, complete este formulario.

Tiene derecho a recibir asistencia durante el proceso de solicitud de la persona de su elección.

Yo: _____, (escriba su nombre en letra de imprenta), nombro a la siguiente persona para que me ayude a completar la solicitud de discapacidad. Comprendo que esta persona tendrá acceso a mi información médica protegida. Comprendo que el hecho de pedirle ayuda a esta persona con la solicitud de discapacidad no significa que esta persona sea mi representante personal.

Nombre de la persona que ayuda con la solicitud

Relación con el solicitante antes mencionado

Número de teléfono de la persona que ayuda con la solicitud

PROPÓSITO O NECESIDAD DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA: esta autorización es solo para ayudar al solicitante a completar la solicitud de discapacidad. No se aplica a ningún otro propósito de divulgación de información médica. La información proporcionada en la solicitud de discapacidad se compartirá con el proveedor de determinación de discapacidad con el fin de decidir si un solicitante reúne los requisitos para la cobertura médica. La decisión final se compartirá con el solicitante o su representante legal en la dirección proporcionada en la solicitud de discapacidad.

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN: esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha de firma a continuación o puede designar un período de autorización menor aquí _____. También puede revocar esta autorización en cualquier momento comunicándose por escrito con el encargado de elegibilidad de su condado.

Si desea o necesita que alguien le ayude con su Solicitud de Determinación de Discapacidad, complete este formulario.(continuación)

Al firmar este formulario, comprendo que la persona que me ayudó con esta solicitud puede ser contactada por el proveedor de la determinación de discapacidad o Colorado Department of Health Care Policy & Financing.

Certifico que presento esta solicitud voluntariamente y que la información que he proporcionado es precisa a mi leal saber y entender.

Fecha: _____

Firma del solicitante:  _____

Firma del padre/madre, tutor legal, apoderado o equivalente:

 _____

- El padre, la madre o el tutor legal pueden firmar en nombre de un menor.
- El tutor legal, el apoderado o su equivalente pueden firmar en nombre de un adulto. Proporcione documentación que demuestre la condición de tutor legal o apoderado.

Formulario de divulgación de registros médicos

PERSONA cuyos registros se compartirán

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)

Cumpleaños
(día/mes/año)

Número de Seguro Social _____

☐ Marque aquí si no es elegible para recibir un número de Seguro Social o si se niega a obtener un número de Seguro Social debido a una objeción religiosa bien establecida.

Autorización para divulgar información a Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG)

**** Lea el formulario completo, ambas páginas, antes de firmar ****

Autorizo y solicito voluntariamente la divulgación (incluido el intercambio en formato impreso, oral y electrónico):

DE QUÉ Todos mis registros médicos, registros educativos y otra información relacionada con mi capacidad para realizar tareas (incluido el intercambio de registros impresos, orales y electrónicos). Esto incluye un permiso específico para divulgar:

1. Todos los registros y otra información sobre mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria por mis discapacidades, que incluyen, entre otros:

- Discapacidades psicológicas, psiquiátricas o mentales de otro tipo (no se incluyen las “notas de psicoterapia” tal como se definen en el Título 45, Sección 164.501 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR])
- Anemia de células falciformes
- Registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible; y pruebas o registros de VIH/SIDA
- Abuso de drogas, alcoholismo u otro abuso de sustancias
- Alteraciones relacionadas con los genes (incluidos los resultados de pruebas genéticas)

2. Información sobre cómo mis alteraciones afectan mi capacidad para completar tareas y actividades de la vida diaria y afectan mi capacidad para trabajar.
3. Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluidos los programas educativos individualizados, las evaluaciones trienales, las evaluaciones psicológicas y del habla y cualquier otro registro que pueda ayudar a evaluar la función; también las observaciones y evaluaciones de los maestros.
4. Información creada dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de firma de esta autorización, así como información anterior.

DE QUIÉN

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.) incluidos los centros de salud mental, correccionales, de tratamiento de adicciones y de atención médica de Asuntos de los Veteranos (Veteran Affairs, VA)
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, administradores de registros, asesores, etc.)
- Trabajadores sociales/asesores de rehabilitación
- Examinadores consultores utilizados por ARG
- Empleadores, compañías de seguros, programas de indemnización por accidente laboral
- Otras personas que pueden saber sobre mi condición (familiares, vecinos, amigos, funcionarios)

ESTA CASILLA DEBE SER COMPLETADA POR ARG (según sea necesario). Información adicional para identificar al sujeto (por ejemplo, otros nombres utilizados), la fuente específica o el material que se divulgará:

A QUIÉN El contratista estatal autorizado a procesar mi caso, incluidos los servicios de copia de contratos y los médicos u otros profesionales consultados durante el proceso. (También, para reclamaciones internacionales, al servicio postal internacional del Departamento de Estado de los EE. UU.)

PROPÓSITO Determinar mi elegibilidad para los beneficios, incluido el efecto combinado de cualquier alteración que por sí sola no cumpla con la definición de discapacidad de la SSA; y si puedo gestionar dichos beneficios. Comprendo que no es necesario que firme esta autorización. En caso de no firmarla, no se verán afectados los beneficios, el tratamiento ni los pagos a proveedores para los que reúno los requisitos.

☐ Determinar si soy capaz de gestionar ÚNICAMENTE los beneficios (marque solo si corresponde)

VENCIMIENTO Esta autorización es válida durante 12 meses a partir de la fecha de la firma (se encuentra debajo de mi firma).

- Autorizo el uso de una copia (incluida la copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Comprendo que hay algunas circunstancias en las que esta información puede volver a divulgarse a otras partes y dejar de estar protegida.
- Puedo escribir a ARG y a mis fuentes para revocar esta autorización en cualquier momento (consulte la página 3 para obtener más detalles).
- ARG me dará una copia de este formulario si lo solicito; puedo pedirle a la fuente que me permita inspeccionar u obtener una copia del material que se divulgará.
- He leído las dos páginas de este formulario y acepto las divulgaciones anteriores de los tipos de fuentes enumerados.

FIRME ÚNICAMENTE CON TINTA AZUL O NEGRA

PERSONA que autoriza la divulgación



Si no está firmado por el sujeto de la divulgación, especifique el motivo de la autoridad para firmar ☐ Padre/madre del menor
☐ Tutor ☐ Otro representante personal (explique a continuación)

Padre/madre/tutor/representante personal **FIRMAR** aquí si la ley estatal exige dos firmas.



Fecha de la firma	Dirección	
Número de teléfono (con código de área)	Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
Conozco a la persona que firma este formulario o estoy satisfecho con la identidad de esta persona. FIRMA DEL TESTIGO 		Número de teléfono (o dirección)
Si es necesario, el segundo testigo debe firmar aquí (por ejemplo, si se firmó con una "X" anteriormente) FIRMAR 		Número de teléfono (o dirección)

Esta autorización de divulgación general y especial se desarrolló para cumplir con las disposiciones relativas a la divulgación de información médica, educativa y de otro tipo en virtud de la Ley Pública 104-191, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA); Título 45 del CFR, partes 160 y 164; Título 42 del Código de los EE. UU., Sección 290dd-2; Título 42 del CFR, parte 2; Título 38 del Código de los EE. UU., sección 7332; Título 38 del CFR, 1.475; Título 20 del Código de los EE. UU., sección 1232g, Ley Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA); Título 34 del CFR, partes 99 y 300; y la ley estatal.

Explicación de este formulario

“Autorización para divulgar información a Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG)”

Necesitamos su autorización por escrito para ayudar a obtener la información necesaria para procesar su reclamación y para determinar su capacidad de gestionar los beneficios. Las leyes y regulaciones requieren que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de divulgárnosla. Además, las leyes requieren una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas afecciones y de fuentes educativas.

Puede proporcionar esta autorización mediante la firma de este formulario. La ley federal permite que las fuentes con información sobre usted divulguen esa información si usted firma una única autorización para divulgar toda su información de todas sus fuentes posibles. Haremos copias de dicho documento para cada fuente. Una entidad cubierta (es decir, una fuente de información médica sobre usted) no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios por el hecho de que usted firme o no firme este formulario de autorización. Algunos estados, y algunas fuentes individuales de información, requieren que la autorización nombre específicamente la fuente que usted autoriza a divulgar información personal. En esos casos, es posible que le pidamos que firme una autorización para cada fuente y es posible que nos comuniquemos con usted nuevamente si necesitamos que firme más autorizaciones.

Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una fuente de información ya se haya basado en ella para tomar una medida. Para revocarla, envíe una declaración por escrito a Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG). Si lo hace, también envíe una copia directamente a cualquier fuente que ya no desee que divulgue información sobre usted; Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG) puede informarle si identificamos alguna fuente de la que no nos habló. Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG) puede utilizar la información divulgada antes de la revocación para tomar una decisión acerca de su reclamación.

Es política de Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG) proporcionar servicio a personas con dominio limitado del inglés en su idioma nativo o modo preferido de comunicación, de conformidad con la Orden Ejecutiva 13166 (11 de agosto de 2000) y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades. Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG) hace todos los esfuerzos razonables para garantizar que la información sobre Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG) se le proporcione en su idioma nativo o preferido.

Declaración de la Ley de Privacidad; Recopilación y Uso de Información Personal: Las Secciones 205(a), 233 (d)(5)(A), 1614(a) (3) (H)(i), 1631(d)(l) y 1631(e)(l)(A) de la Ley del Seguro Social con sus modificaciones, [Título 42 del USC, secciones 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a) (3)(H)(i), 1383(d)(l) y 1383(e)(l)(A)] nos autorizan a recopilar esta información. Utilizaremos la información que proporcione para ayudarnos a determinar su elegibilidad o la elegibilidad continua para los beneficios y su capacidad para gestionar los beneficios recibidos. La información que usted proporciona es voluntaria. Sin embargo, el hecho de no proporcionar la información solicitada puede impedir que tomemos una decisión precisa y oportuna sobre su reclamación y podría derivar en la denegación o la pérdida de los beneficios.

Con muy poca frecuencia utilizamos la información que proporciona en este formulario para otros propósitos distintos de los motivos explicados anteriormente. Sin embargo, podemos utilizarla para la administración y la integridad de los programas de la Seguridad Social. También podemos divulgar información a otra persona o a otra agencia de acuerdo con los usos de rutina aprobados, que incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Permitir que un tercero o una agencia nos ayude a establecer los derechos a los beneficios y/o la cobertura del Seguro Social;
2. Cumplir con las leyes federales que exigen la divulgación de información de nuestros registros (por ejemplo, auditorías/revisiones del Seguro Social, apelaciones)
3. Formular determinaciones médicas de discapacidad en función de los registros médicos disponibles.

También podemos utilizar la información que usted proporcione en programas informáticos de cotejo. Los programas de cotejo comparan nuestros registros con los que mantienen otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. Utilizamos la información de estos programas para establecer o verificar el estado de discapacidad actual de una persona con esas agencias. Si desea solicitar una lista completa de los usos rutinarios de la información que nos proporciona, comuníquese con Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG).

Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG) es socio y tiene un contrato con Colorado Department of Health Care Policy and Financing (HCPF) para ofrecer servicios de revisión de registros médicos, a fin de determinar el nivel y la gravedad de la discapacidad de acuerdo con las reglas y los criterios establecidos por la Administración del Seguro Social. Sus registros están disponibles para que HCPF los revise y audite. Las leyes, normas y reglamentos establecidos en el documento también se aplican a HCPF. Arbor E & T, LLC, nombre comercial ficticio: Action Review Group (ARG) NO proporciona ni establece la elegibilidad para ningún beneficio o programa de Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) o Medicare.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites: esta recopilación de información cumple con los requisitos del Título 44, Sección 3507 del Código de los Estados Unidos y sus modificaciones en virtud de la Sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. Estimamos que le tomará unos 10 minutos leer las instrucciones, recopilar los datos y responder las preguntas.

ENVÍE O ENTREGUE PERSONALMENTE EL FORMULARIO COMPLETO A ARBOR E & T, LLC, nombre comercial ficticio: ACTION REVIEW GROUP (ARG), P.O. BOX 340, OLYPHANT, PA 18447 O ENVÍE ESTE FORMULARIO POR FAX A ARG AL 877-672-2077. Puede llamar a ARG al 877-265-1864 y comunicarse por correo electrónico con ARG a actionreviewgroupmrt@arboret.com

Help in your Language

Health Care Policy and Financing: 1-800-221-3943 (State Relay: 711)

Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
Tiếng Việt	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
繁體中文	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
한국어	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
Русский	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
አማርኛ	ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡
العربية	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.
Deutsch	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Français	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.
नेपाली	ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ ।
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
日本語	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
Oroomiffa	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama.
فارسی	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
Polski	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.