

Medicaid Autism Waiver

Solicitud de Participación en el Programa

** Indica los campos necesarios*

Nombre del Niño/a: _____ *

Fecha de Nacimiento: _____ *

* Por favor note: para ser elegible para recibir servicios, la fecha de nacimiento de su hijo/a debe ser entre **el 1 de mayo 2008 y el 31 de diciembre de 2012** *

¿En qué condado vive? _____ *

Información de Contacto:

Nombre los padres o Tutor(es): _____ *

Dirección: _____ * Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ * Estado: _____ Código Postal: _____ *

E-mail: _____

Número de Teléfono: _____ *

Otro Número de Teléfono: _____

¿Está presentando solicitudes para más de un hijo? Si es así, por favor provea sus nombres y fechas de nacimiento:

Nombre del Niño/a 2: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Niño/a 3: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Su hijo ha sido diagnosticado con el trastorno de autismo (ASD) por un profesional clínico licenciado para dar un diagnóstico? Sí * No

* Por favor Note: Si su niño es seleccionado para participar, deberá proporcionar documentación probando que su hijo/a tiene autismo dentro de 10 días de la solicitud. Ejemplos de documentación: una copia de las notas del doctor, los resultados de la evaluación u otros informes que comprueben el diagnóstico ASD.

El niño/a, ¿tiene activos en su nombre (cuentas bancarias, fondo fiduciario, etc.) y el balance es de más de \$2000 al comienzo de cada mes de calendario? * Sí No Para ser elegible para este programa, sólo se tendrán en cuenta los bienes de su hijo/a.

* Si acaso mi niño/a es seleccionado a través de este proceso, entiendo que es requerido solicitar beneficios de Medicaid con el Departamento de Workforce Services (DWS). Deben cumplirse todos los factores de elegibilidad para ser considerado para El Programa de Medicaid con Exención por Autismo. Los programas de Medicaid con exenciones utilizan diferentes reglas sobre ingresos y bienes. Si usted ha sido negado Medicaid en el pasado, su hijo aún puede ser elegible para este programa.

Si está seleccionada, se le pedirá que proporcione documentación adicional para apoyar el diagnóstico de ASD recibido. Las notas clínicas deben documentar lo siguiente:

Las limitaciones específicas en la comunicación y las habilidades sociales o comportamientos tales como:

- Mal desarrollo social / emocional mostrada por no haber comunicado un lado a otro, compartir intereses / emociones o iniciar interacciones sociales.
- Los límites en la comunicación no verbal. Que van desde el mal uso del lenguaje corporal con el lenguaje, el contacto visual pobre a la falta total de expresión facial o gestos.
- Dificultad con las relaciones con otras personas de la familia o cuidadores. Que van desde luchas de ajuste de conducta para situaciones específicas o el juego imaginativo para no tener ningún interés en otras personas.
- Discurso repetitivo, los movimientos físicos o uso de los objetos.
- Patrones de rutina de la oración o el comportamiento y la respuesta negativa extrema de tener estas rutinas cambiadas. Pueden ser movimientos físicos, insistiendo en tener los mismos alimentos o preguntas repetitivas sobre pequeños cambios.
- Inusualmente fuerte interés en los objetos o actividades específicas.
- Falta extremadamente fuerte o completa de la reacción a diferentes elementos del entorno. (No se muestra ninguna reacción al dolor / calor / frío, o respondiendo muy negativamente a ciertos sonidos, texturas, olores, etc) pueden estar muy interesados con luces u objetos giratorios o constantemente oliendo / tocar los objetos.

-Los letreros deben estar presentes en la primera infancia, pero el efecto completo no puede ser conocida hasta que el niño sea mayor y no puede hacer frente a determinadas situaciones.

-Desarrollo de temas y comportamientos limitar la capacidad de hacerse cargo de las tareas diarias.

Si su hijo ha sido diagnosticado con ASD, pero las notas de su médico no incluyen muchas de estas observaciones, por favor póngase en contacto con ellos para discutir estos temas.

Las solicitudes pueden enviarse por correo a:

Utah Department of Health
288 N 1460 W
PO Box 143112
Salt Lake City, UT
84114-3112

* Envíos por correo deben tener un matasello del 17 de noviembre de 2014 hasta el 7 de diciembre de 2014 para ser considerado para el programa.*

Las solicitudes también se pueden enviar por fax a:

(801) 536-0153
Attn: Sarah C.