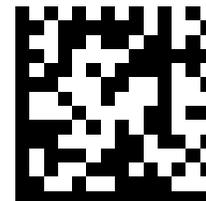




Estado de Utah
Department of Workforce Services
**APÉNDICE PARA SOLICITUD DE DISCAPACIDAD
DE MEDICAID**



D11616000960105

Equipo de Discapacidad de Medicaid Especialista de DMD	Remitente: DWS/DMD Midvale CIU 500 PO Box 31431 SLC, UT 84131-9988
Nº de Teléfono de Equipo de Discapacidad de Medicaid: Tel.: (801) 245-4848 Gratis 1-877-824-6531 FAX: (801) 526-9339	Nº de Identidad de Medicaid o PID del Cliente: _____ Nº de Caso: _____

Las siguientes secciones tienen que ser completadas con detalles por el solicitante o su representante. Por favor use bolígrafo de tinta negra para completar el formulario. Devuelva el formulario completo dentro de 10 días a la oficina local más cerca a su domicilio o envíela por correo postal, FAX o la dirección/número de FAX que se lista arriba.

Información del Solicitante

1. Nombre: _____ Nº de Seguro Social: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Nº de Teléfono: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

2. ¿Cuál es su condición de discapacidad? (Describa la enfermedad o daño en sus propias palabras)

3. ¿Alguna vez ha solicitado, recibido o se le ha negado estado de discapacitado por la Administración de Seguro Social (SSA)? Sí No Seguro Social (SSA)? Sí No

Ponga la fecha de solicitud si ha hecho una: _____

Si está recibiendo beneficios actualmente, ponga la fecha del primer pago: _____

Si se le negó ¿Cuándo? _____ ¿Por qué se le negó? _____

¿Está el solicitante apelando su solicitud negada por el Seguro Social actualmente? Sí No

Si el solicitante es un menor de edad, por favor ignore las preguntas 4 y 5. Use las preguntas 12 y 13 para describir las actividades actuales.

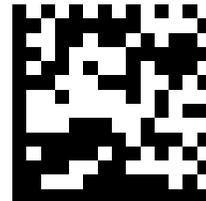
4. ¿Cuándo fue que esta condición no le permitió al solicitante trabajar? Mes _____ Año: _____

5. **Historial de Empleo** – Anote todos los empleos que el solicitante ha tenido en los últimos 15 años. Agregue páginas adicionales si necesita más espacio.

Título del Puesto (Empiece con su empleo más reciente, incluya sus deberes y responsabilidades)	Nombre o Tipo de Compañía	Fechas de Empleo (Mes y Año)		Días por Semana
		Desde	Hasta	

6. **Educación** – ¿Hasta qué grado de la escuela terminó y cuándo? (mes/año) _____

Anote cualquier capacitación especial que ha tenido (escuelas o cursos técnicos o especializados etc.) _____



D11616000960205

7. Anote el doctor, clínica u hospital que tiene sus archivos médicos más recientes que muestren la existencia de condición de discapacidad del solicitante.

Doctor: _____	Nº de Teléfono: _____	
Primer Nombre _____	Apellido _____	
Nombre del Establecimiento Médico (Si se aplica): _____	Nº de FAX: _____	
Dirección: _____	Estado _____	
Calle _____	Ciudad _____	Código Postal _____
¿Cada cuánto va a este doctor? _____		
Fecha de su primera visita: _____	Fecha de su última visita: _____	
Razón de visitas (Anote la enfermedad o daño por la cual el solicitante tuvo un examen médico o tratamiento): _____		

8. Anote todos los otros doctores que el solicitante ha visto en los últimos 12 meses:

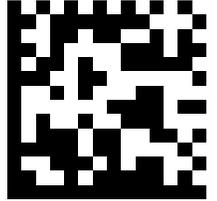
Doctor: _____	Nº de Teléfono: _____	
Primer Nombre _____	Apellido _____	
Nombre del Establecimiento Médico (Si se aplica): _____	Nº de FAX: _____	
Dirección: _____	Estado _____	
Calle _____	Ciudad _____	Código Postal _____
¿Cada cuánto va a este doctor? _____		
Fecha de su primera visita: _____	Fecha de su última visita: _____	
Razón de visitas (Anote la enfermedad o daño por la cual el solicitante tuvo un examen médico o tratamiento): _____		

Doctor: _____	Nº de Teléfono: _____	
Primer Nombre _____	Apellido _____	
Nombre del Establecimiento Médico (Si se aplica): _____	Nº de FAX: _____	
Dirección: _____	Estado _____	
Calle _____	Ciudad _____	Código Postal _____
¿Cada cuánto va a este doctor? _____		
Fecha de su primera visita: _____	Fecha de su última visita: _____	
Razón de visitas (Anote la enfermedad o daño por la cual el solicitante tuvo un examen médico o tratamiento): _____		

9. Anote los hospitales donde el solicitante tuvo tratamiento en los últimos 12 meses:

Nombre del hospital o clínica: _____	Nº de Teléfono: _____		
Dirección: _____	FAX#: _____		
Calle _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Fecha de Ingreso: _____	Fecha de Alta: _____	Fechas como paciente ambulatorio o externo: _____	
Razón de visitas (Anote la enfermedad o daño por la cual el solicitante tuvo un examen médico o tratamiento): _____			

10. Otras agencias o programas donde el solicitante ha sido atendido: (Voc. Rehab, Salud Mental, Administración de Excombatientes – V.A., Seguro Social – SSI, etc.)



D11616000960305

Nombre de la Agencia	Dirección	Fecha de Visita(s)

11. ¿Ha el solicitante recibido alguno de estos exámenes o procedimientos en el último año?

Nombre del Examen	Marque Casilla	Cuando (Fecha)	Donde (Nombre de Clínica u Hospital)
Electrocardiograma y/o examen de estado físico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Rayos X (Indique áreas – pecho, rodilla, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Examen Respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Análisis de Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cirugía/Biopsia (Describala)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otro (Especifique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

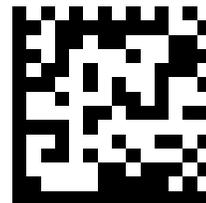
Si necesita más espacio para anotar otros doctores, hospitales, agencias, etc., use más hojas

INFORMACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL SOLICITANTE

12. Describa las actividades actuales del solicitante en las siguientes áreas. ¿Con qué frecuencia se practican?

<p>Mantenimiento del Hogar: (Por ejemplo: cocinar, limpiar, ir de compras, pagar las cuentas, y hacer reparaciones generales y otras actividades similares)</p>
<p>Contactos Sociales: (Por ejemplo, visitar amigos, parientes y vecinos, asistir a la iglesia, ir a fiestas, etc.)</p>
<p>Actividades Recreacionales y Hobbies: (Por ejemplo: salir a cazar, pescar, jugar a los bolos, salir a caminar, tocar instrumentos musicales, salir a comer, jugar a las cartas o juegos de mesa, ir al cine, ver televisión, etc.)</p>
<p>Otras:</p>

ALTO



D11616000960505

ESTA PÁGINA SE DEBE COMPLETAR POR ALGUIEN QUE TIENE CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES DEL SOLICITANTE. POR EJEMPLO: TRABAJADORES SOCIALES, CONSEJEROS, TRABAJADORES DE LA SALUD, CLERO, MAESTROS, PARIENTES, ETC.

NOTA: NO SE REEMBOLSARÁ A LOS PROVEEDORES MÉDICOS POR COMPLETAR ESTA PÁGINA.

OBSERVACIONES: Marque todas las casillas que muestran dificultades que se han observado.

Leer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ver	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Escribir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usar Manos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Escuchar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sentarse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Entender	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caminar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Balance	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro (Especifique)	_____

Si marcó "Sí" en alguno de los puntos arriba, describa en detalles las dificultades observadas. _____

• ¿Habla el solicitante inglés? Sí No. Si respondió "No", ¿qué idioma habla? _____

• ¿Cuáles son los arreglos de vivienda actuales del solicitante? (por ejemplo, vive en casa o departamento independientemente, o requiere asistencia, vive con pariente, amigo, en un hogar de grupo, etc.)

• Por favor describa las habilidades del solicitante para funcionar, es decir las habilidades de entender, recordar y seguir instrucciones. ¿Puede él/ella encargarse de sus necesidades personales, hacer las compras, administrar fondos, pagar cuentas? ¿Puede él/ella interactuar con otros exitosamente?

• Si usted está llenando este formulario o juntando más información en nombre del solicitante, entonces anote su nombre, dirección, teléfono y parentesco o relación con esta persona.

Completado Por: _____

Firma

Fecha

Parentesco con el Solicitante: _____