

Dirección de correo: SCDHHS - Central Mail
 PO Box 100101
 Columbia, SC 29202-3101

This box for pilot use only

- ☐ Presumptive Disability
☐ DD Workflow Pilot

Si necesitas ayuda por favor llame al Centro de Contacto de Miembros de Healthy Connections al (888) 549-0820.

FOR DHHS USE ONLY			Number of pages received and scanned: _____
☐ Adult Initial	☐ Retro Only	Date of Last Update: _____	
Household Number: _____		Application Date: _____	
☐ Working Disabled			Retro: _____

Por favor complete la forma y devuélvala con la Autorización para Divulgar Información de Salud firmada. Es muy importante que incluyas las direcciones completas y todos los números de los servidores médicos suyos. Si la forma no está completa es posible que retrase el proceso de solicitud de Discapacidad de Medicaid.

Es muy importante que la Autorización para Divulgar Información de Salud sea firmada en **tinta negra**. Si hay una persona autorizada por ley como representante o que tenga poder legal, por favor incluya una copia con la forma completa y firmada.

Su información: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiero no dar respuesta

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Numero del Seguro Social: _____ Nombre: Nombre Previo/ Apellido Soltera: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Fallecimiento (Si Aplica): _____

Dirección del Solicitante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____ Número del Celular: _____

Persona de Contacto: _____

Relación con Solicitante: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección del Contacto: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Su Idioma:

- ¿Habla inglés? ☐ Si ☐ No ¿Cuál es su idioma principal (si no es inglés)? _____
- ¿Entiendes inglés? ☐ Si ☐ No ¿Puedes leer en su idioma principal? ☐ Si ☐ No
- ¿Puedes leer en inglés? ☐ Si ☐ No ¿Puedes escribir en su idioma principal? ☐ Si ☐ No
- ¿Puedes escribir en inglés? ☐ Si ☐ No

¿Cuál es su idioma preferido al hablar y escribir (si no es ingles)? _____

1. ¿Haz aplicado para Beneficio de Ingresos de Seguro Suplemental (SSI) De Discapacidad? ☐ Si ☐ No

a. Si aplicó, fecha de la aplicación: _____

b. ¿Ha cambiado su condición médica? ☐ Si ☐ No

c. ¿Tiene doctores nuevos desde que aplicó para SSI Beneficios por Discapacidad? ☐ Si ☐ No

d. ¿Fue la aplicación hecha en SC? ☐ Si ☐ No Si no, en que estado? _____

2. ¿Ha aplicado para beneficios de Seguro Social? ☐ Si ☐ No

a. Si aplicó, fecha de la aplicación: _____

b. ¿Ha cambiado su condición médica? ☐ Si ☐ No

c. ¿Tiene doctores nuevos desde que aplicó para SSI Beneficios por Discapacidad? ☐ Si ☐ No

d. ¿Si fuiste denegado por SSA, pediste reconsiderar tu reclamo? ☐ Si ☐ No

¿SSA reusó su reclamo? ☐ Si ☐ No

¿Has pedido una apelación o audiencia? ☐ Si ☐ No

Enumere y describa todos sus problemas médicos y mentales. Incluya los que afecten su habilidad para trabajar.

[illegible]

Información de Proveedor

Por favor de nos una lista completa de todos los proveedores de salud/servicios y sus direcciones en lo cual he recibido tratamientos médicos en los últimos 15 meses. Asegura que incluyes cualquier doctor primario del niño y cada proveedor de salud mental que he tratado con el niño por cualquier problema desde que empezó. Un proveedor médico o de salud mental puede ser un doctor, psicólogo, terapeuta, trabajador social, fisioterapeuta, quiropráctico, hospital, sala de emergencia, centro de salud, o una clínica donde recibió tratamiento. Puedes escribir en una pagina adicional si te falta espacio. Si su niño solo recibe tratamiento de un proveedor, escribe solo ese proveedor.

	Nombre del Proveedor:	Dirección:	Nombre de la Clínica:	Razón De Visita:	Ultima Visita:
1					
					Número de Teléfono
2					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
3					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
4					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
5					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
6					Ultima Visita:
					Número de Teléfono

	Nombre del Proveedor:	Dirección:	Nombre de la Clínica:	Razón De Visita:	Ultima Visita:
7					Número de Teléfono
8					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
9					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
10					Ultima Visita:
					Número de Teléfono

¿En los últimos 15 meses has sido evaluado o has recibido tratamiento de algunas de las siguientes agencias?

- ☐ Si ☐ No Clínica del Departamento de Salud Mental de SC Oficina: _____
☐ Si ☐ No Centro de alcohol y drogas Oficina: _____
☐ Si ☐ No Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales de SC Oficina: _____

HISTORIA EDUCATIVO

¿Cuál fue el grado más avanzado que termino? (Marque todo lo que corresponda)

☐ K ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ GED ☐ Mayor que el grado 12

Nombre de la escuela: _____

Dirección: _____

Fechas atendidas: _____ Número de teléfono: _____

¿Recibiste alguna ayuda especial o algún ajuste escolar? ☐ Si ☐ No ☐ No Sé

¿Tienes una discapacidad de aprendizaje? ☐ Si ☐ No

¿Completaste más allá del grado 12 escolar? ☐ Si ☐ No

Si lo hizo, por favor díganos su Grado y Especialidad: _____

Fecha de Graduación: _____

¿Recibió algún otro entrenamiento? ☐ Si ☐ No

Si seleccionaste si llene la próxima sección:

<u>Tipo de entrenamiento:</u>	<u>Año</u>	<u>¿Terminaste?</u>	<u>¿Certificado/Licenciado?</u>
_____		☐ Si ☐ No	_____
_____		☐ Si ☐ No	_____
_____		☐ Si ☐ No	_____

HISTORIA DE EMPLEO

¿Has trabajado en los últimos 5 años? ☐ Si ☐ No

Si seleccionaste si por favor complete las siguientes preguntas por cada tipo de trabajo que tuviste en los últimos 5 años. Haga lo mejor que pueda. Si no recuerda las fechas exactas use un estimado. Empieza con tu actual trabajo o el más reciente.. Si necesitas mas espacio puedes agregar páginas adicionales.

(Ejemplo relacionado a tipo de trabajo:: trabajé como empleada doméstica y también como cocinera. Si eras empleada doméstica, pero en varias compañías diferentes, esto es considerado un TIPO de "Título/Tipo de Trabajo").

1. Título/ Tipo de Trabajo: _____

Fecha de Empleo: Fecha que empezó: _____ Fecha que terminó: _____

Horas trabajadas por semana: _____ Pago por hora: _____

Por favor describe lo que hiciste en este trabajo: _____

Peso levantado/cargado la mayoría de las veces (escoge uno):

☐ Menos de 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs o más ☐ Other:

Peso mas pesado que levantas (escoge uno):

☐ Menos de 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs o más ☐ Other:

Cuántas horas por día hicistes lo siguiente: Caminar_____ Parado_____ Alcanzar_____ Sentado_____

Agachar_____ Manejando objetos grandes_____ Manejando objetos pequeños_____

Motivo de la separación:_____

2. Título/ Tipo de Trabajo:_____

Fecha de Empleo: Fecha que empezó:_____ Fecha que terminó:_____

Horas trabajadas por semana:_____ Pago por hora:_____

Por favor describe lo que hiciste en este trabajo:_____

Peso levantado/cargado la mayoría de las veces (escoge uno):

☐ Menos de 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs o más ☐ Other:

Peso mas pesado que levantas (escoge uno):

☐ Menos de 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs o más ☐ Other:

Cuántas horas por día hicistes lo siguiente: Caminar_____ Parado_____ Alcanzar_____ Sentado_____

Agachar_____ Manejando objetos grandes_____ Manejando objetos pequeños_____

Motivo de la separación:_____

3. Título/ Tipo de Trabajo:_____

Fecha de Empleo: Fecha que empezó:_____ Fecha que terminó:_____

Horas trabajadas por semana:_____ Pago por hora:_____

Por favor describe lo que hiciste en este trabajo:_____

Peso levantado/cargado la mayoría de las veces (escoge uno):

☐ Menos de 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs o más ☐ Other:

Peso mas pesado que levantas (escoge uno):

☐ Menos de 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs o más ☐ Other:

Cuántas horas por día hicistes lo siguiente: Caminar_____ Parado_____ Alcanzar_____ Sentado_____

Agachar_____ Manejando objetos grandes_____ Manejando objetos pequeños_____

Motivo de la separación:_____

4. **Título/ Tipo de Trabajo:** _____

Fecha de Empleo: Fecha que empezó: _____ Fecha que terminó: _____

Horas trabajadas por semana: _____ Pago por hora: _____

Por favor describe lo que hiciste en este trabajo: _____

Peso levantado/cargado la mayoría de las veces (escoge uno):

☐ Menos de 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs o más ☐ Other:

Peso mas pesado que levantas (escoge uno):

☐ Menos de 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs o más ☐ Other:

Cuántas horas por día hicistes lo siguiente: Caminar _____ Parado _____ Alcanzar _____ Sentado _____

Agachar _____ Manejando objetos grandes _____ Manejando objetos pequeños _____

Motivo de la separación: _____

**Si tienes mas empleos que añadir (durante los últimos 5 años) por favor
adjunta la información con esta forma.**

NOTAS

Use esta sección si tienes información adicional que crees que nos pueda ayudar con esta solicitud de discapacidad.

[illegible]

Por favor recuerde que debe firmar y someter la Autorización para Divulgar Información de Salud, Forma 921.

El Departamento de Salud y Recursos Humanos(SCDHHS) cumple con todos las leyes federales de derechos civiles que son aplicables y no discriminamos basado en color, raza, origen nacional, edad, discapacidad, o género. SCDHHS provee ayudas y recursos gratis a las personas con discapacidades como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (incluyendo letras grandes, braille, audio, formas electrónicas accesibles, y otras formas). Proveemos servicio de lenguaje gratis a las personas que el inglés no es su lenguaje primario, como interpretes calificados e información escrita en otros lenguajes.

Notificación de No Discriminación

El Departamento de Salud y Recursos Humanos(SCDHHS)cumple con todas las leyes federales de derechos civiles que son aplicables y no discriminamos basado en color, raza, origen nacional, edad, discapacidad, o género. SCDHHS no excluye personas o las trata de una manera diferente por su raza, color, origen nacional, edad, debilidad, o género.

SCDHHS provee ayudas y recursos gratis a la gente con debilidades como los que califican como intérpretes de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (incluyendo letras grandes, braille, audio, formas electrónicas accesibles, y otras formas). Proveemos servicio de lenguaje gratis a la gente que no usa inglés como lengua primaria como intérpretes calificados e información escrita en otros lenguajes. Si necesitas estos servicios puede contactar a Americans with Disability Act (ADA)/Civil Rights Official por correo al: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206, por teléfono al: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620), o por correo electrónico: civilrights@scdhhs.gov.

Si crees que SCDHHS no ha proveído estos servicios o ha discriminado en cualquier manera por medio de color, raza, origen nacional, edad, discapacidad o género puedes someter un reclamo con el oficial de Civil Rights usando los contactos referidos. Puedes someter un reclamo en persona, por correo, o por correo electrónico. Si necesitas ayuda sometiendo un reclamo te podemos ayudar.

También puedes someter quejas de derechos civil con el U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, electrónicamente usando el Office of Civil Rights Complaint Portal en la pagina <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono : U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 o por teléfono al: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Formas de queja son disponible en la pagina <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>