

Departamento de Servicios Humanos de Arlington
Departamento de Servicios Clínicos y de Desarrollo
2100 Washington Blvd., 4th Floor.
Arlington, VA 22204

Criterios de elegibilidad y lista de verificación de los Servicios de Desarrollo del condado de Arlington

Criterios de elegibilidad

Los servicios de desarrollo son servicios y apoyos planificados, individualizados y centrados en la persona que se prestan a las personas con discapacidades del desarrollo con el fin de ayudarles a aumentar su autodeterminación e independencia, obtener empleo, participar plenamente en todos los aspectos de la vida comunitaria, abogar por sí mismos y alcanzar su máximo potencial en la mayor medida posible.

Para poder ser elegible para los Servicios de Desarrollo, una persona debe tener un diagnóstico de discapacidad del desarrollo según el Código de Virginia (§ 37.2-100).

Una discapacidad del desarrollo es una discapacidad grave y crónica de una persona que:

- i. Es atribuible a una deficiencia mental o física, o a una combinación de deficiencias mentales y físicas, que no sea un diagnóstico único de enfermedad mental;
- ii. Se manifiesta antes de que la persona cumpla 22 años;
- iii. Es probable que continúe de forma indefinida;
- iv. Da lugar a limitaciones funcionales significativas en tres o más de las siguientes actividades principales de la vida: autocuidado, lenguaje receptivo y expresivo, aprendizaje, movilidad, autodirección, capacidad de vida independiente o autosuficiencia económica; y
- v. Refleja la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de servicios especiales interdisciplinarios o genéricos, apoyos individualizados u otras formas de asistencia que son de por vida o de duración prolongada y que se planifican y coordinan individualmente.

Una discapacidad intelectual (ID) es una discapacidad que se origina antes de los 18 años que se caracteriza simultáneamente por:

- i. Funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio, demostrado por el rendimiento en una medida estandarizada de funcionamiento intelectual, administrada de conformidad con la práctica profesional aceptada, que esté al menos dos desviaciones estándar por debajo de la media, y
- ii. Limitaciones significativas en el comportamiento adaptativo expresadas en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas.

Lista de verificación de elegibilidad: ¿Qué es un paquete completo?

¿Qué necesito?	¿Qué es?	¿Por qué los necesito?	¿Lo tengo?
Solicitud firmada de Servicios de Desarrollo	Documento de 8 páginas en el que se pide información demográfica, médica y de desarrollo social sobre la persona que solicita los servicios.	Los Servicios de Desarrollo necesitan información sobre el solicitante para determinar la elegibilidad para los servicios.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prueba de residencia en Arlington (por ejemplo, contrato de alquiler, factura de servicios públicos, documento de identidad o licencia de conducir, expedientes escolares actuales, etc.).	Documentación acreditativa del nombre y la dirección actual (Arlington) del solicitante.	Para poder acceder a los servicios en Arlington, es necesario acreditar la residencia en el condado.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Registros que demuestren una discapacidad que califique en los años de desarrollo (<i>desde el nacimiento hasta los 22 años (18 años para el documento de identidad)</i>)	Documentos de una escuela, psicólogo y/o médico que demuestren que el solicitante tiene una discapacidad del desarrollo de acuerdo con el Código de Virginia (§ 37.2-100)	Los Servicios de Desarrollo necesitan saber si el solicitante tiene un diagnóstico de discapacidad del desarrollo que cumpla los requisitos, como trastorno del espectro autista, parálisis cerebral, síndrome de Down, discapacidad intelectual (ID).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Documentos de evaluación escolar, si corresponde	Un informe con observaciones y pruebas que ayude al personal a determinar si el solicitante necesita ayuda o recursos adicionales en la escuela. Un documento que demuestre cómo va a satisfacer la escuela las necesidades del solicitante, como un Plan de Educación Individual (IEP) o un informe psicopedagógico	Esta documentación puede ayudar a determinar limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo en las áreas de autocuidado, lenguaje receptivo y expresivo, aprendizaje, movilidad, autodirección, capacidad de vida independiente o autosuficiencia económica.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Documentos que determinan la responsabilidad legal/tutela, si corresponde	Documento judicial o legal que demuestre quién tiene derecho a tomar decisiones legales por un adulto mayor de 18 años. Un padre o madre puede tomar decisiones legales por los jóvenes menores de 17 años.	Los Servicios de Desarrollo necesitan saber quién tiene derecho a tomar decisiones legales sobre el solicitante.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Para solicitar los servicios, devuelva la solicitud completa y la documentación que acredite el diagnóstico de discapacidad del desarrollo:

Por correo postal a: Department of Human Services | Developmental Services
2100 Washington Blvd, 4th floor, Arlington, VA 22204

Por correo electrónico: DS@arlingtonva.us

Por fax: (703) 228-1148

Si tiene preguntas o necesita más información, llame y hable con el trabajador de turno de los Servicios de Desarrollo al (703) 228-1700 de lunes a viernes entre las 9:00am y las 4:30pm.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARLINGTON
DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD
Oficina de los Servicios Clínicos y de Desarrollo
Servicios de Desarrollo

Junta de servicios comunitarios de Arlington
2100 Washington Blvd, 4th floor
Arlington, Virginia 22204
(703) 228-1700

SOLICITUD DE SERVICIOS DEL DESARROLLO

Fecha de la solicitud:			
I. Información personal			
Nombre:		Segundo nombre:	Apellido:
Nombre preferido:			
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:		Código postal:
Teléfono particular:	Teléfono celular:	E-mail:	
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Otro:			
Fecha de nacimiento:	Edad:	Lugar de nacimiento:	
Pronombre de género (Él, ella, elle):	Estado civil:	Altura:	Peso:
Idioma preferido:	Raza:	Etnia:	
Se comunica por (marque todas las opciones que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lengua de señas <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación			
<input type="checkbox"/> Otro (especificar):			
Situación de vida actual:			
II. Fuente de derivación			
Derivado por:		Relación:	
Número de teléfono:		E-mail:	
Idioma preferido:		Método de comunicación preferido:	
¿Debemos enviar copia a la fuente de derivación de futuras comunicaciones con respecto a esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

III. INFORMACIÓN FAMILIAR		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono particular:	Teléfono celular:	E-mail:
Relación:		Fecha de nacimiento:
Idioma preferido:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono particular:	Teléfono celular:	E-mail:
Relación:		Fecha de nacimiento:
Idioma preferido:		
¿El solicitante alguna vez tuvo una audiencia para determinar la capacidad en un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, complete la siguiente información:		
Fecha de la audiencia:	Resultado:	
Tribunal:	Lugar/Ubicación:	
¿El solicitante tiene un tutor legal nombrado por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre(s) del tutor o los tutores:		¿La tutela está limitada a un área específica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono particular:	Teléfono celular:	E-mail:
IV. INFORMACIÓN PSICOLÓGICA, MÉDICA Y DEL DESARROLLO		
Nombre del médico de cabecera:		
Dirección:		
Teléfono:		Fecha de la última visita:
¿El solicitante tiene trastornos convulsivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, escriba el tipo:		En caso afirmativo, describa la frecuencia:
Discapacidad/Discapacidades del Desarrollo		
Fecha del último examen psicológico, si corresponde:		Agencia/Examinador:
<i>DISCAPACIDADES FÍSICAS/PROBLEMAS MÉDICOS, si corresponde:</i>		
¿El solicitante es ambulatorio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El solicitante tiene problemas ortopédicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El solicitante tiene parálisis cerebral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El solicitante tiene epilepsia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El solicitante tiene problemas cardíacos/enfermedades cardíacas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿El solicitante tiene diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El solicitante tiene deficiencia visual? En caso afirmativo, ¿el solicitante usa anteojos? En caso afirmativo, ¿el solicitante es legalmente ciego?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El solicitante tiene deficiencia auditiva? En caso afirmativo, ¿el solicitante usa audífonos? En caso afirmativo, ¿el solicitante es sordo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Ambos	
¿El solicitante tiene otras discapacidades que no figuran aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escríbalas:		
Escriba cualquier restricción o limitación física:		
¿El solicitante toma alguna medicación actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, enumérelas a continuación (use el dorso de la hoja si es necesario):		
Medicación	Dosis	Frecuencia
¿El solicitante alguna vez recibió terapia de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, escriba las fechas de la terapia/prestadores a continuación:		
¿El solicitante tiene dudas o problemas conductuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, descríbalos:		

Señale cualquier preocupación especial:

HOSPITALIZACIONES:

Hospital:

Fechas de hospitalización:

Dirección:

Motivo de la hospitalización:

Hospital:

Fechas de hospitalización:

Dirección:

Motivo de la hospitalización:

Hospital:

Fechas de hospitalización:

Dirección:

Motivo de la hospitalización:

OTRAS CLÍNICAS/ESPECIALISTAS QUE BRINDAN SERVICIOS AL SOLICITANTE:

Nombre:

Servicio/Especialidad:

Teléfono:

V. FORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la escuela

Ciudad, estado

Fechas en que concurrió

Desde: Hasta:

Desde: Hasta:

Desde: Hasta:

Desde: Hasta:

VI. ANTECEDENTES VOCACIONALES

¿El solicitante está activo actualmente en el Departamento para adultos mayores y servicios de rehabilitación (DARS)?

Sí No

En caso afirmativo, dirección del DARS:		
Nombre del Consejero de DARS:		Teléfono del Consejero de DARS:
¿El solicitante está anotado actualmente en alguna capacitación o programa de día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, escriba los nombres y las fechas:		
Nombre:	Desde:	Hasta:
Nombre:	Desde:	Hasta:
¿El solicitante completó una evaluación vocacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, escriba los nombres y las fechas:		
Nombre:	Desde:	Hasta:
Nombre:	Desde:	Hasta:
ANTECEDENTES LABORALES:		
¿El solicitante está empleado actualmente o lo estuvo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, brinde la siguiente información:		
Empleador:	Desde: Hasta:	<input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Jornada completa
Dirección:		
Puesto:	Teléfono:	
Motivo por el que se fue:		
Empleador:	Desde: Hasta:	<input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Jornada completa
Dirección:		
Puesto:	Teléfono:	
Motivo por el que se fue:		
Empleador:	Desde: Hasta:	<input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Jornada completa
Dirección:		
Puesto:	Teléfono:	
Motivo por el que se fue:		
VII: OTRA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA:		
<i>ENUMERE LAS AGENCIAS, PRIVADAS O PÚBLICAS, CON LAS QUE TIENE CONTACTO EL SOLICITANTE:</i>		
Nombre:	Desde: Hasta:	Persona de contacto:
Dirección:		
Nombre:	Desde: Hasta:	Persona de contacto:
Dirección:		
Nombre:	Desde: Hasta:	Persona de contacto:

Dirección:				
Nombre:		Desde:	Hasta:	Persona de contacto:
Dirección:				
VIII: DESARROLLO DE DESTREZAS Y NIVEL FUNCIONAL				
<i>INDIQUE QUÉ NIVEL DE ASISTENCIA RECIBE EL SOLICITANTE (SI ES QUE RECIBE) EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:</i>				
COMER	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
IR AL BAÑO	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
BAÑARSE	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
LAVARSE EL CABELLO	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
CEPILLARSE EL CABELLO	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
AFEITARSE	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
HIGIENE MENSTRUAL	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
VESTIRSE	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
USAR EL TELÉFONO	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
ADMINISTRAR DINERO	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
VIAJAR EN BUS/METRO	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
HACER COMPRAS	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
DECIR LA HORA	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Motivación verbal	<input type="checkbox"/> Asistencia física	<input type="checkbox"/> No puede realizarlo
<i>DESCRIBA LAS SIGUIENTES DESTREZAS/HABILIDADES:</i>				
Leer:				
Escribir:				
Comunicación expresiva:				
Comunicación receptiva:				
Rutina/Actividades:				
IX. INFORMACIÓN FINANCIERA				
Fuente de ingresos:		Número de ID asociado:	Suma mensual:	
Seguro Social (SSA o SSDI)				
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)				
Ingreso personal (salario, propinas, etc.)				

Otras fuentes (fideicomisos, retiro, anualidad, etc.) Especifique:		
Seguro de salud:		Número de póliza
¿El solicitante tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El solicitante tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El solicitante tiene otro seguro de salud? Especifique:		



X. SERVICIOS SOLICITADOS

Enumere los servicios que le solicita a Arlington CSB:

- Manejo del caso
- Lista de espera para la exención por discapacidad del desarrollo
- Servicios residenciales (p. ej., apoyo en el hogar, relevo, hogares grupales)
- Servicios de apoyo diurno
- Servicios para el empleo (p. ej., entrenamiento laboral, desarrollo laboral)
- Salud conductual
- Servicios de apoyo conductual
- Apoyos familiares
- Asistencia para la vivienda
- Otro (especificar):

XI. Solicitud completada por:

Nombre en letra de imprenta:	Relación con el solicitante:
Firma:	Fecha:

Es necesaria la firma de la persona que solicita los servicios, o bien del representante legalmente autorizado, si alguno de ellos es una persona distinta a la mencionada anteriormente:

Solicitante o representante legalmente autorizado: Nombre en letra imprenta:

Firma:	Fecha:
--------	--------

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE SERVICIOS DEL DESARROLLO:

XII. COORDINACIÓN DE APOYOS AL CLIENTE

Fecha en que se recibió la solicitud:

Nombre del empleado de servicios del desarrollo que procesa la solicitud

Número de ID asignado en Welligent: