



Solicitud para los servicios de autismo de ADMH

Solicitante:

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido Nombre de preferencia

Dirección: _____
Dirección de calle

Ciudad Condado Estado Código postal

Dirección postal en caso de ser diferente

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de seguro social: ____/____/____ Número de Medicaid: _____

Seguro privado: _____
(si corresponde) Nombre de la empresa Número de póliza Número de identificación de grupo

Raza/Etnia: _____ Género: _____ Estado civil: _____ Lugar de nacimiento: _____

Contacto primario:

Nombre: _____

Dirección: _____
Dirección de calle

Ciudad Condado Estado

Relación con el solicitante: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Revise la página 4 para obtener información acerca de la documentación requerida.

Si necesita ayuda para completar la solicitud y la documentación requerida, marque la primera casilla a continuación o llame al 800-499-1816 o envíe un correo electrónico a autism.dmh@mh.alabama.gov.

Si solicita la ayuda, el especialista en admisión de casos de autismo se comunicará con usted.

- Me gustaría recibir ayuda para completar la solicitud o para reunir la documentación requerida. (Si se solicita la ayuda, el especialista en admisión de casos de autismo se comunicará con usted. Solo se requiere esta página.)
- No necesito ayuda para completar la solicitud ni para reunir la documentación requerida. (Continúe para completar la solicitud.)



Solicitud para los servicios de autismo de ADMH

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con el especialista en admisión de autismo enviando un correo electrónico a autism.dmh@mh.alabama.gov o llamando al 800-499-1816 para recibir ayuda.

Nombre del tutor legal, si corresponde: _____

Dirección: _____
Dirección de calle

Ciudad

Condado

Estado

Relación con el solicitante: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____

Relación con el solicitante: _____ Número de teléfono: _____

Fuente de derivación:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información adicional:

Idioma primario hablado/escrito: _____ Se necesita intérprete: _____

Se necesita equipo adaptativo: _____ Necesidades de movimiento: _____

Discapacidad auditiva: _____ Discapacidad visual: _____ Alergias: _____

Diagnósticos activos/primarios (se requiere documentación): _____

Diagnósticos de discapacidad intelectual o de desarrollo (se requiere documentación): _____

Hospitalización o colocación residencial fuera del hogar del paciente (se requiere documentación de admisión/alta): _____

Otra información médica: _____

Médico(s): _____

Marque (✓) TODOS los servicios que el solicitante recibe actualmente (se requiere documentación):

- Intervención temprana Terapia del habla/lenguaje Terapia ocupacional
 Fisioterapia Apoyos conductuales Exenciones
 Gestión de casos Otro

Marque (✓) TODOS los servicios que el solicitante recibe actualmente o que ha recibido en los últimos seis (6) meses por parte de otra(s) agencia(s) (se requiere documentación):

- Department of Human Resources (DHR)
 Department of Youth Services (DYS)
 Alabama Department of Rehabilitation Services (ADRS)
 Department of Mental Health (DMH)
 IEP o 504 del Alabama State Department of Education/Special Education (ALSDE)

De necesitarse más información, el especialista en admisión de autismo se comunicará con usted para solicitarle información adicional. Una vez que el paquete de solicitud y la documentación de apoyo hayan sido completados y recibidos, el especialista en elegibilidad para el autismo se comunicará con usted o su familia para programar un examen de diagnóstico.

Necesidades de servicio: Si se le considera elegible, los siguientes servicios pueden estar disponibles a través de los servicios de autismo de ADMH (ADMH Autism Services).

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| Coordinación de cuidados intensivos | Apoyo de compañeros - jóvenes |
| Apoyos conductuales | Apoyo de compañeros - familia |
| Terapia en el hogar | Servicios psicoeducacionales |
| Tutoría terapéutica | |

Completado por:

Nombre: _____ Fecha: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Relación: _____ Solicitante Padre/Madre Tutor Otro: _____

*Al presentar este formulario, reconozco mi deseo de solicitar el apoyo de ADMH Autism Services en nombre de mi persona o de mi hijo. Al firmar este formulario, otorgo mi consentimiento para la revisión de elegibilidad y la evaluación y derivación al proveedor de Coordinación de cuidados intensivos.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Firma del cliente si tiene 14 años de edad o más

Fecha

La información divulgada pertinente a esta solicitud se encuentra protegida por las Reglas Federales de Privacidad.

Requisitos de documentación

Presente la siguiente documentación junto con su solicitud a DMH Autism Services. Marque cada paso a medida que lo completa.

También puede recibir ayuda con el proceso de solicitud si marca la primera casilla en la página 1 de la solicitud o si llama al 800-499-1816 o envía un correo electrónico a autism.dmh@mh.alabama.gov.

Documentación requerida	
	1. Complete la solicitud para ADMH Autism Services.
	2. Presente copias de los siguientes documentos con la solicitud:
	a. Evaluación del trastorno del espectro autista (evaluación psicológica, examen de habilidades adaptativas, informe de diagnóstico, herramientas de diagnóstico de autismo para proveedores de salud.
	b. Expediente médico completo y el examen físico o de bienestar más reciente.
	c. Copia de la tarjeta de Medicaid.
	d. Copia de los documentos de tutela si corresponden (DHR, decreto de divorcio, documentación de la tutela, etc.).
	e. Autorización para la divulgación de información (se requiere firma) si desea que solicitemos o divulguemos registros o información a agencias específicas.
	f. Aviso de privacidad (se requiere firma).
Documentación opcional	
	g. Copia de los informes que describen la discapacidad llenados por las escuelas a las que se asistió o por otras agencias de servicios (por ejemplo: IEP, IFSP, 504 Plan, informe del habla/lenguaje, etc.).
	h. Copia de informes que documenten la participación de las agencias de servicios infantiles como DHR, DYS, ADRS, etc.
	i. Copia del resumen del alta por parte de la colocación residencial o de paciente interno, si corresponde.
	j. Copia de la tarjeta de seguro social.
	k. Copia de la tarjeta del seguro privado, si corresponde.
Envíe la solicitud y los documentos requeridos a : autism.dmh@mh.alabama.gov o ADMH Autism Services 100 North Union Street Suite 350, Montgomery, AL 36130-1410	

Una vez que se determine que se ha recibido toda la documentación necesaria, un especialista en elegibilidad se comunicará con usted para programar un examen de diagnóstico.

Envíe esta solicitud y toda la documentación de apoyo a:

autism.dmh@mh.alabama.gov

o

ADMH Autism Services
100 North Union Street, Suite 350
PO Box 301410
Montgomery, AL 36130

La información divulgada pertinente a esta solicitud se encuentra protegida por las Reglas Federales de Privacidad.