

Solicitud para la determinación de elegibilidad para niños menores de 18 años de edad con discapacidades del desarrollo

Formulario A: Información y declaración del solicitante

Este formulario recoge información sobre el niño y los beneficios, la educación y los servicios del niño. También reúne información sobre la persona que presenta la solicitud en nombre del niño.

La primera parte de este formulario la debe firmar la persona que presenta la solicitud para el niño. Debe ser el padre, el tutor legal u otra persona legalmente autorizada para hacerlo.

Usted puede reunir información y pedir ayuda para completar esta solicitud a un amigo, un miembro de la familia, la escuela o los médicos del niño, o cualquier organización que ayuda a las familias a obtener servicios.

SECCIÓN 2: Ciudadanía, Residencia y Preferencia de Contacto del Padre o Tutor Legal

Instrucciones: Esta sección de la solicitud recopila información sobre la persona que completa el formulario, preferencias de contacto, y si usted tiene un asesor o alguien más que lo ayude a completar la solicitud. Tenga en cuenta que a esta solicitud la deberá presentar una persona con autoridad legal para hacerlo (la persona indicada en la declaración), pero aceptamos que alguien lo ayude.

Indique quién presenta este documento para el niño:

Padre Tutor legal Division of Child Protection & Permanency (DCP&P)

Nombre:

Primer nombre

Inicial de
segundo nombre

Apellido

Dirección:

Calle

Número de apartamento

Ciudad

Estado

CP

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Número de teléfono preferido para contacto: Principal Alternativo

Solo para solicitante del tribunal/agencia:

¿La dirección del niño y la dirección del padre/tutor legal es la misma? Sí No

Si no lo es, indique la dirección del padre/tutor legal a continuación:

Dirección:

Calle

Número de apartamento

Ciudad

Estado

CP

Responda estas preguntas en base al estado del padre o tutor:

¿El padre o tutor legal del niño son ciudadanos estadounidenses o residentes permanentes? Sí No

¿El padre o tutor legal del niño residen en NJ? Sí No

Usted debe presentar prueba de residencia en NJ del padre/tutor legal. La prueba de ciudadanía solo se necesita para el padre o el niño, no para ambos.

En caso de que existan dudas sobre su solicitud, ¿cuál es su medio de contacto preferido?

Correo Teléfono

Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche

¿Un médico, terapeuta, administrador de cuidado o una agencia de servicios comunitarios lo están ayudando a completar esta solicitud? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la organización y detalles a continuación:

Nombre: _____

Organización: _____

Teléfono principal: _____

Dirección: _____

Calle

Número de apartamento

Ciudad

Estado

CP

Esta sección se ha dejado en blanco intencionalmente. Se reserva para uso futuro. Pasar a la próxima página.

Si el solicitante recibe SSA/SSDI o SSI, ¿existe un representante del beneficiario? Sí No

Si la respuesta es sí, complete debajo:

Beneficio	Nombre	Dirección	Teléfono	Relación
#1				
#2				

Comentarios:

SECCIÓN 4: Atención Médica y Tratamiento

Instrucciones: La presencia de una discapacidad o una condición médica incapacitante que requiere servicios o apoyo continuos es uno de los requisitos para los servicios de discapacidades del desarrollo. En esta sección, identifique a los profesionales de atención médica que actualmente o recientemente han tratado al niño. También incluya información sobre los profesionales que han proporcionado el diagnóstico o la planificación del tratamiento, remóntese a tres años si no dispone de informes de diagnóstico más recientes.

1. ¿El niño tiene actualmente un proveedor de atención primaria (PCP)? Sí No
2. ¿El niño ha visto o ha ido a una visita para consultar u obtener un diagnóstico de un médico especialista como un neurólogo, psiquiatra, ortopedista u otro profesional? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el diagnóstico actual de su hijo? _____

3. El niño requiere servicios para:
 - Habla/lenguaje Fisioterapia Terapia ocupacional Asesoramiento
 - Ninguno Otro: _____

4. Enumere el nombre de los médicos o terapeutas que han tratado, recetado o recientemente:

Nombre/grupo del médico o terapeuta		Fecha de la última visita (mes/año)
<input type="checkbox"/>	Atención primaria	
<input type="checkbox"/>	Médico especialista	
<input type="checkbox"/>	Otro médico especialista	
<input type="checkbox"/>	Terapeuta del habla y del lenguaje	
<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta	
<input type="checkbox"/>	Terapeuta ocupacional	
<input type="checkbox"/>	Asesoramiento	
<input type="checkbox"/>	Otro	

SECCIÓN 5: Educación

Instructions: Please provide information about the child's current school, grade level, and educational classification, as appropriate.

1. Escuela actual en la que está inscrito

Nombre	Ciudad	Distrito
--------	--------	----------

2. Nivel de grado actual: _____

3. Colocación actual en la escuela

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aula regular | <input type="checkbox"/> Unidad de servicios especiales |
| <input type="checkbox"/> Sala de recursos | <input type="checkbox"/> Escuela fuera del distrito (programa de día solamente) |
| <input type="checkbox"/> Independiente en escuela regular | <input type="checkbox"/> Escuela fuera del distrito (residencial) |
| <input type="checkbox"/> Escuela especializada en el distrito | |

4. ¿El niño está clasificado por el Child Study Team (equipo de estudio del niño)?

- Sí No Esperando la determinación El niño no asiste a la escuela

SI LA RESPUESTA ES SÍ

Fecha de clasificación inicial (mm/año): _____

Nivel de grado al momento de la clasificación: _____

5. Clasificación actual de Educación Especial de NJ (si corresponde)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deterioro de la audición | <input type="checkbox"/> Sordera/ceguera | <input type="checkbox"/> Socialmente inadaptado |
| <input type="checkbox"/> Autista | <input type="checkbox"/> Discapacidad específica de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Niño en edad preescolar con discapacidad | <input type="checkbox"/> Deterioro ortopédico | <input type="checkbox"/> Trastornos de la vista |
| <input type="checkbox"/> Emocionalmente perturbado | <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad múltiple | <input type="checkbox"/> Deterioro de la comunicación | |

Comentarios:

 **Importante!** Esta es la primera parte de una solicitud de **cuatro partes**. Continúe con el Formulario B: Resumen del comportamiento de adaptación del niño (CABS).

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

Estado de New Jersey - Departamento de Niños y Familias

Solicitud de determinación de elegibilidad para niños menores de 18 años con discapacidades del desarrollo

Formulario B: Resumen de comportamiento adaptativo del niño

El propósito del Resumen de comportamiento adaptativo del niño (CABS) es recopilar información sobre el funcionamiento **típico** del niño en los últimos 6 meses. Debe ser completado por el cuidador principal del niño (la persona que está más familiarizada con él) y debe expresar, en la medida de lo posible, el modo en que el niño actúa y reacciona en actividades rutinarias diarias en el hogar, la escuela y la comunidad. El CABS ofrece una visión más amplia del impacto que la discapacidad del niño tiene en la vida cotidiana del niño mismo y de su cuidador, y **complementa**, pero no reemplaza la información y la documentación de los proveedores de servicios de salud sobre las fortalezas, capacidades y necesidades del niño que usted debe presentar.

Por favor, marque la casilla que **mejor** describa la frecuencia con la que el niño expresa las siguientes acciones o comportamientos. Por favor, complete todos los puntos. Si no puede responder porque no ha observado el comportamiento descrito o cree que no aplica al niño, sírvase indicarlo con un “no” según corresponda. Escriba los comentarios pertinentes al final de cada sección, a menos que se indique lo contrario. Los comentarios pueden incluir información adicional sobre los puntos de cada sección, tales como intensidad, disparadores y mejor o peor funcionamiento del niño en la actualidad en comparación con sus aptitudes pasadas.

Resumen de Comportamiento Adaptativo del Niño (CABS): Sección de Solicitud

Nombre del niño: _____ Edad actual: _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

ABS completado por: _____ Fecha en que se completó: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN I - Actividades Cotidianas

Recuerde puntuar el funcionamiento promedio del niño **en su hogar** en los últimos **6 meses**. Puede incluir cualquier información adicional en los casilleros de comentarios, tales como intensidad, disparadores y mejor o peor funcionamiento del niño en la actualidad en comparación con sus aptitudes pasadas.

ALIMENTACIÓN	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	(N/A) No aplicable
1. Come con los dedos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se alimenta con una cuchara sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se alimenta con un tenedor sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Corta alimentos con un cuchillo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bebe de una taza o un vaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios/Información adicional (explique brevemente las respuestas señaladas como "N/A"):

USO DEL BAÑO	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	(N/A) No aplicable
1. Identifica cuándo usar el baño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Usa el baño sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se limpia con papel higiénico sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se lava las manos después de usar el baño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (Mujeres) Se ocupa de su período menstrual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiene incontinencia de orina durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tiene incontinencia de orina durante la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene incontinencia intestinal durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tiene incontinencia intestinal durante la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Usa productos para la incontinencia (pañales o similares)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SI RESPONDE QUE SÍ: Marque el o los momentos del día.: <input type="checkbox"/> Day time <input type="checkbox"/> Night time			

Comentarios/Información adicional (describa brevemente las respuestas señaladas como "N/A"):

HIGIENE	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	(N/A) No aplicable
1. Abre la llave y regula la temperatura del agua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se lava y seca las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se lava y seca el rostro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se baña en una tina sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se baña en una ducha sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se lava el cabello con champú.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se seca sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usa desodorante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HIGIENE	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	(N/A) No aplicable
9. Se peina sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Coloca dentífrico en el cepillo de dientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se cepilla los dientes sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se suena y limpia la nariz con un pañuelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se afeita según lo necesite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios/Información adicional (describa brevemente las respuestas señaladas como "N/A"):						

MOMENTO DE VESTIRSE	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	(N/A) No aplicable
1. Se desviste sin ayuda (correctamente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puede abrochar botones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Puede ponerse ropa con broches de presión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puede subir y bajar cierres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sabe abrochar una hebilla (p. ej., la de un cinturón).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Abrocha su propio sostén.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se ata los cordones de los zapatos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se viste completamente sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se cambia la ropa regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Elige la ropa según la estación del año.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se quita calcetines, sombrero y mitones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios/Información adicional (describa brevemente las respuestas señaladas como "N/A"):						

SECCIÓN II - Comunicación y Comportamiento Social

Recuerde puntuar el funcionamiento promedio del niño en su hogar, en la escuela y en la comunidad en los últimos 6 meses. Puede incluir cualquier información adicional en los casilleros de comentarios, tales como intensidad, disparadores y mejor o peor funcionamiento del niño en la actualidad en comparación con sus aptitudes pasadas.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	1 Casi nunca (menos de 10% del tiempo)	2 Infrecuentemente (menos de 25% del tiempo)	3 Algunas veces (alrededor de 50% del tiempo)	4 Frecuentemente (menos de 75% del tiempo)	5 Siempre o casi siempre (90% o más del tiempo)
1. Responde adecuadamente a preguntas "sí o no".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sigue indicaciones simples.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sigue indicaciones complejas o de varios pasos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comunica necesidades y deseos básicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPUESTAS POR SÍ O NO:	SÍ	NO	Comentar al lado de cada respuesta:		
5. Se comunica mediante gestos (p. ej., señala).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Usa lenguaje de señas para comunicarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Comprende gestos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Comprende señas o lenguaje de señas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Usa el teléfono para hacer y responder llamadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Emplea el niño dispositivos de ayuda para comunicarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
COMPORTAMIENTO SOCIAL	SÍ	NO	COMENTARIOS		
¿El niño disfruta de algún pasatiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede hacer amigos en forma independiente y mantener las relaciones de amistad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede mantener una conversación coherente con amigos de la misma edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño demuestra interés en pasar tiempo con amigos de edades similares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño sabe mantener secretos y es prudente al compartir información personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede demostrar empatía y preocupación por los sentimientos de sus amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede expresarse cuando lo necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede manejar enojos y frustraciones de manera adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

OTRAS ÁREAS FUNCIONALES	SÍ	NO	COMENTARIOS
1. El niño puede identificar preferencias (comida, programas de TV, juegos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. El niño puede planear y esperar eventos futuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. El niño sabe pedir ayuda cuando la necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. El niño puede sacar la basura y colocarla en el contenedor adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. El niño puede señalar un objeto favorito o interesante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. El niño tiene pasatiempos de interés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. El niño puede planear algo y llevarlo a cabo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. El niño puede realizar con éxito tareas simples.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. El niño es capaz de limpiar su propio cuarto (guardar objetos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. El niño busca a sus pares para jugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. El niño puede decir la hora en un reloj digital o analógico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. El niño está atrasado en 3 o más niveles de grado en 2 materias académicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. El niño puede comunicar la dirección de su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. El niño puede identificar objetos en imágenes, ya sea señalando o nombrándolos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. El niño puede contar de 1 a 10 sin equivocarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. El niño puede unir 3 formas o 3 colores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. El niño puede identificar al menos 7 colores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. El niño sabe hacer uso del tiempo para seguir un horario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Comentarios adicionales:

DESENVOLVIMIENTO EN LA COMUNIDAD	SÍ	NO	COMENTARIOS
1. ¿En qué actividades comunitarias participa el niño?			
2. ¿El niño tiene un comportamiento apropiado durante estas actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿El niño es consciente de peligros comunes en el hogar tales como escaleras, líquidos de limpieza, calentadores, hornos y chimeneas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿El niño demuestra ser consciente de peligros en la comunidad tales como el tránsito o la excesiva amabilidad con extraños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿El niño puede hacer compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿El niño puede usar el transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿El niño sabe decir la hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8a. ¿El niño puede ingerir medicamentos recetados solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8b. Describa el método de administración de los medicamentos:			
9. ¿Esta persona puede quedarse sola/sin supervisión durante un tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Describa qué tipo de ayuda necesita el niño en lo referente al dinero (pagar cuentas, presupuesto, etc.).			
Comentarios:			

SECCIÓN III - Factores Médicos y Conductuales

Recuerde puntuar el funcionamiento promedio del niño **en su hogar** en los últimos **6 meses**. Puede incluir cualquier información adicional en los casilleros de comentarios, tales como intensidad, disparadores y mejor o peor funcionamiento del niño en la actualidad en comparación con sus aptitudes pasadas.

En el caso de las condiciones que suponen un riesgo médico, indique “Sí” solo si el niño ha experimentado síntomas en los últimos 6 meses, independientemente de la fecha de los diagnósticos. Si el niño estuvo enfermo o en tratamiento en el pasado, pero no en la actualidad, marque “No”, pero incluya detalles de los antecedentes en los casilleros de comentarios. En la sección de Situaciones traumáticas y riesgosas, por favor indique “Sí” si el niño vivió una de las experiencias enumeradas, **aunque haya sido una sola una vez**. Si el niño experimentó otro tipo de situación traumática, por favor indíquelo en el correspondiente casillero de comentario.

CONDICIONES QUE SUPONEN UN RIESGO MÉDICO	SÍ	NO	COMENTARIOS
1. Alergias (a medicamentos o alimentos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Asma (inhaladores, nebulizadores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Respiratorias (oxígeno, traqueotomía, CPAP).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Gastrointestinales (problemas de alimentación/eliminación; reflujo grave).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Utiliza bolsa de colostomía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Tiene riesgo de sufrir aspiración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Usa un tubo de alimentación (tubo G).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Tose o se ahoga al comer o beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Otra persona debe colocarle los alimentos/líquidos en la boca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Necesita una dieta alterada mecánicamente (espesada, cortada o hecha puré).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Necesita una dieta recetada por un médico (limitada en grasas, sodio o colesterol).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Busca ingerir alimentos o líquidos permanentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Tiene riesgo de sufrir deshidratación/Suele rechazar la ingesta de líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Estreñimiento: suele necesitar supositorios o enemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Requiere un catéter/diálisis (enfermedad urinaria/renal, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16a. ¿El niño sufre de epilepsia o convulsiones? Si responde afirmativamente, escriba el tipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16b ¿El niño recibe medicamentos recetados para tratar las convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

16c. Fecha de la última convulsión, tipo de convulsiones, frecuencia:			
17a. ¿El niño padece diabetes? Si responde afirmativamente, escriba el tipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17b. ¿El niño es insulino dependiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. ¿El niño recibe cuidados de enfermería especializados en el hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Otras enfermedades que requieran asistencia: ENUMERE A CONTINUACIÓN. Comentarios:			

RIESGOS CONDUCTUALES	SÍ	NO	COMENTARIOS
Conducta (hacia sí mismo)			Incluya frecuencia y disparadores.
1. Se muerde o se pega gravemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Se golpea la cabeza contra objetos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Se inserta objetos dañinos en orificios del cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Se lastima o se rasca intensamente la piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Padece pica (ingesta de sustancias no comestibles).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Otras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conducta (hacia otras personas)			Incluya frecuencia, disparadores y personas con quienes manifiesta la conducta (p. ej., uno de los padres, un hermano, un maestro o extraños).
7. Les pega a otras personas, las pateo o las muerde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Profiere amenazas directas de violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Tiene arrebatos de ira/agresividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Desafía con vehemencia/rechaza permanentemente o incumple las indicaciones dadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OTRAS CONDUCTAS	SÍ	NO	Si responde "Sí", describa qué tratamientos/servicios recibe el niño, si los hubiera.
11. Abusa de drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Está involucrado en un hecho de índole legal/criminal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Tiene un comportamiento sexual problemático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Sale corriendo impulsivamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Deambula con frecuencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Tiene la costumbre inusual de trepar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Provoca daños a la propiedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Suele prender fuego las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Otras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SITUACIONES TRAUMÁTICAS Y RIESGOSAS	SÍ	NO	Comentarios
1. Antecedentes de abuso físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Antecedentes de abuso sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Antecedentes de acoso (bullying).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Antecedentes de pérdidas graves, como el fallecimiento de un hermano o uno de los padres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Antecedentes de haber sido apartado del hogar por ser víctima de abuso o negligencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de salud mental	SÍ	NO	Si responde "Sí", describa qué tratamientos/servicios recibe el niño, si los hubiera.
6. Depresión (desesperanza, tristeza, cambios de humor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Ansiedad (preocupación excesiva, ataques de pánico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Cambios muy repentinos de humor y/o irritabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Tics, trastornos de la motricidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Ver o escuchar cosas que no son reales; paranoia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentarios:			

SECCIÓN IV - Necesidades De Supervisión y Uso de Equipos Adaptativos

Recuerde puntuar el funcionamiento promedio del niño o el uso de equipos en los últimos **6 meses**. Puede incluir cualquier información adicional en los casilleros de comentarios; por ejemplo, si las aptitudes del niño o su necesidad de usar equipos adaptativos han mejorado o empeorado en comparación con sus aptitudes pasadas.

NECESIDADES DE SUPERVISIÓN EN EL HOGAR	SÍ	NO
1. Requiere supervisión acorde a su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Requiere supervisión de 24 horas en vigilia (día y noche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Requiere supervisión estrecha durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apoyo/Supervisión diaria en el lugar, horas limitadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puede identificar una emergencia y conseguir ayuda para sí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Requiere asistencia para salir de su hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESIDADES DE SUPERVISIÓN EN LA COMUNIDAD	SÍ	NO
1. Requiere supervisión acorde a su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Requiere supervisión de 24 horas en vigilia (día y noche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Requiere supervisión estrecha durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puede ser dejado solo en lugares específicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Viaja en forma independiente dentro de la comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es vulnerable a la explotación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS	MARCAR SI USA	Comentarios			
		<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Eléctrica	<input type="checkbox"/> Se impulsa solo	<input type="checkbox"/> Requiere asistencia
Silla de ruedas (puede elegir más de una opción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Eléctrica	<input type="checkbox"/> Se impulsa solo	<input type="checkbox"/> Requiere asistencia
Casco	<input type="checkbox"/>				
Lentes	<input type="checkbox"/>				
Andador/Muletas/Bastón	<input type="checkbox"/>				
Cubiertos modificados	<input type="checkbox"/>				
Sistema de respuesta personal en caso de emergencia (PERS)	<input type="checkbox"/>				
Zapatos correctores/Aparatos ortopédicos	<input type="checkbox"/>				
Audífono	<input type="checkbox"/>				
Dispositivo de comunicación aumentativa	<input type="checkbox"/>				

USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS	MARCAR SI USA	Comentarios
Otras: Por favor, describa.	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentarios:		

MODIFICACIONES EN EL ENTORNO	MARCAR SI USA	Comentarios
Vehículo modificado para silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	
Instalaciones sanitarias accesibles	<input type="checkbox"/>	
Rampa	<input type="checkbox"/>	
Elevadores: porche, vestíbulo, escalera	<input type="checkbox"/>	
Otras: Por favor, describa.	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentarios:		

SECCIÓN V: Reconocimiento

Estado de New Jersey
Departamento de Niños y Familias
División del Sistema de Cuidado de Niños

Por medio de la presente, reconozco que soy la persona que completó el Resumen de comportamiento adaptativo del niño en representación de:

Nombre del niño o joven solicitante (en letra de imprenta)

A mi leal saber y entender, las respuestas que proporcioné reflejan con exactitud las aptitudes de cuidado de sí mismo, las habilidades de comunicación, el comportamiento social, el desenvolvimiento en la comunidad, las condiciones físicas, las limitaciones y el uso de dispositivos de ayuda de este niño, así como sus problemas sanitarios, médicos y de seguridad.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en imprenta): _____

Relación con el niño o joven solicitante: _____



¡Importante! Esta es la segunda parte de una solicitud compuesta de cuatro partes. Sírvase continuar con el Formulario C: Hoja de portada de documentación.

Solicitud de determinación de elegibilidad para niños menores de 18 años con discapacidades del desarrollo

Formulario C: Hoja de portada de documentación

Nombre del niño: _____ Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Identificación CYBER (si se conoce): _____

Incluya esta hoja de portada con sus formularios y documentación y enumere los artículos adjuntos. Indique con marcas de verificación los documentos que está presentando junto con su solicitud. Por favor, incluya el nombre, la fecha de nacimiento y el número de identificación CYBER (si se conoce) del niño en cada documento presentado.

NO ENVÍE LOS ORIGINALES. SUS REGISTROS NO SERÁN DEVUELTOS.

Formularios requeridos

- Formulario A: Formulario de información del solicitante
- Formulario B: Resumen de comportamiento adaptivo del niño (CABS)
- Formulario C: Hoja de portada de documentación (este formulario) con los documentos requeridos
- Formulario D: Reconocimiento de la HIPAA

Documentos requeridos

- Prueba de residencia y ciudadanía de los EE.UU.
- Prueba de residencia en New Jersey
- Evaluación de diagnóstico que identifique una discapacidad mental o física
- Evaluación de diagnóstico que identifique una discapacidad del desarrollo
- Evaluación actual del comportamiento de adaptación

Documentación de respaldo

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico más reciente realizado por un profesional médico habilitado | (equipo de estudio del niño; no es un plan educativo individualizado) |
| <input type="checkbox"/> Evaluación del desarrollo, psicológica, neurológica o neuropsicológica más reciente | <input type="checkbox"/> Evaluación más reciente de fonoaudiología |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones de comportamiento adaptativo más recientes | <input type="checkbox"/> Evaluación más reciente de terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones más recientes del Child Study Team | <input type="checkbox"/> Evaluaciones más recientes de intervención temprana |
| | <input type="checkbox"/> Uso o necesidad de dispositivos y/o equipos adaptativos |

Otra documentación (opcional)

Indique qué otro documento está presentando para demostrar un impedimento/limitación funcional considerable, si no se incluyen en los documentos de respaldo enumerados anteriormente.

Nombre: _____ Fecha: _____ Páginas: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Páginas: _____

Si es necesario

- Prueba de tutela u orden judicial (si la persona que presenta los documentos no es el padre del niño)
- Divulgación a terceros (para que otras personas queden autorizadas a comprobar el estado de la solicitud)

Vea las instrucciones en la página siguiente para obtener más información. Envíe todos los documentos a:

PerformCare New Jersey
Attention: DD Eligibility Unit
300 Horizon Drive, Suite 306
Robbinsville, New Jersey 08691

Instrucciones sobre la documentación

Formulario C: La Hoja de portada de documentación identifica los documentos que usted ha incluido en su solicitud de elegibilidad. Indique con una marca de verificación cuáles son los documentos que adjuntará a su solicitud. Asegúrese de incluir **todos los documentos requeridos y también los documentos de respaldo**, ya que su solicitud no podrá ser revisada hasta que se hayan recibido los documentos. Envíe solo **copias** de sus documentos, ya que los materiales que recibamos **no serán devueltos**. Envíe los documentos a:

PerformCare New Jersey
Attention: DD Eligibility Unit
300 Horizon Drive, Suite 306
Robbinsville, New Jersey 08691

Formularios de solicitud requeridos:

Los formularios A a D deben ser completados y firmados donde se indica y enviados por correo a la dirección antes mencionada. Los formularios están disponibles llamando a PerformCare al **1-877-652-7624** o en el sitio de Internet de PerformCare <http://www.performcarenj.org/families/disability/determination-eligibility.aspx>.

Formulario A: Información del solicitante y Formulario de declaración.

Solo se considerarán las solicitudes de elegibilidad presentadas por un progenitor, un tutor legal o un tribunal o agencia legal autorizados para hacerlo. La persona que presenta la solicitud en nombre del niño debe firmar este formulario en la sección de declaración. Usted puede pedir ayuda a un amigo, familiar o defensor para completar cualquier parte de la solicitud.

Formulario B: Resumen de comportamiento adaptativo del niño (CABS).

Este formulario debe ser completado por un familiar o cuidador que conozca bien al niño y pueda dar cuenta de su funcionamiento típico en los últimos 6 meses. La persona que completa el CABS debe firmar este formulario. Puede ser una persona diferente del padre o tutor legal si el niño actualmente no vive en su casa o no recibe la mayor parte de su cuidado allí.

Formulario C: Hoja de portada de documentación.

Se adjunta a estas instrucciones. Utilice la Hoja de portada cada vez que presente documentos de elegibilidad a PerformCare. Indique qué formularios está presentando, y asegúrese de adjuntar copias de los documentos requeridos y/o de los documentos de respaldo. No envíe los originales, ya que no se le devolverán.

Formulario D: Reconocimiento de la HIPAA.

Por favor, lea el **Aviso de Prácticas de Privacidad** del Departamento de Niños y Familias, y devuelva firmado el **Formulario de Reconocimiento**. Este formulario indica que usted entiende lo que podemos hacer y no con la información que comparte en la solicitud.

Opcional: Autorización para compartir información médica.

Si usted desea identificar a alguien más con quien podamos hablar sobre el estado de su solicitud, asegúrese de indicarlo en la sección opcional de **Autorización para compartir información médica**. Si bien usted puede indicar a más de una persona, tenga en cuenta que esta Divulgación solo otorga a la persona nombrada la capacidad de averiguar sobre el estado de la solicitud del niño. No divulgaremos información médica detallada a las personas nombradas mediante esta Divulgación.

Documentación requerida para residencia, ciudadanía o tutela: **Prueba de residencia y ciudadanía de los EE.UU.**

(Uno de los siguientes documentos: fotocopia del certificado de nacimiento estadounidense del niño o los padres, fotocopia de un pasaporte estadounidense válido del niño o los padres, otra prueba de ciudadanía estadounidense del niño o los padres o, tarjeta de residencia permanente válida de los padres.)

 Prueba de residencia en New Jersey

(Uno de los siguientes documentos: fotocopia del formulario de registro de votantes de los padres, talón de pago de los padres, formulario W2 de los padres, pago del impuesto sobre bienes raíces de los padres, tarjeta de identificación del condado o estado de NJ, licencia de conducir de NJ o facturas de servicios públicos que muestren el nombre del padre/tutor legal y la dirección particular en New Jersey.)

Registros médicos suficientes para documentar la presencia de un impedimento mental o físico y una discapacidad del desarrollo, incluidas las considerables limitaciones funcionales requeridas. Usted no tiene que proveer cada tipo de registro en la lista, pero **debe** presentar los registros **actuales** que sean suficientes para establecer:

1. la presencia de un impedimento mental o físico **y** una discapacidad del desarrollo, específicamente, evaluaciones que diagnostiquen un impedimento mental o físico y una discapacidad del desarrollo (que incluyan el diagnóstico específico de una afección física, neurológica o genética y/o cognitiva con pruebas que respalden el diagnóstico), y
2. considerables limitaciones funcionales en **tres o más** de las siguientes actividades cotidianas principales: cuidado de sí mismo; lenguaje receptivo y expresivo; aprendizaje; movilidad; autodirección; capacidad de autonomía en el hogar y autosuficiencia económica. Las considerables limitaciones funcionales se evalúan sobre la base de una revisión exhaustiva de la documentación de respaldo, el CABS y las expectativas basadas en la edad cronológica del niño.
3. Evaluación del comportamiento de adaptación actual (es decir, el Sistema de evaluación del comportamiento de adaptación).

Registros médicos de respaldo:

- Evaluación del desarrollo, psicológica, neurológica o neuropsicológica más reciente, que incluya resultados completos de una evaluación cognitiva estandarizada
- Evaluaciones más recientes hechas por el Child Study Team (equipo de estudio del niño; no es un plan educativo individualizado)
- Evaluación más reciente de fonoaudiología
- Evaluación más reciente de terapia ocupacional
- Evaluación más reciente de fisioterapia
- Evaluaciones más recientes de intervención temprana
- Evaluación de tecnología asistiva que indique el uso o la necesidad de dispositivos o equipos adaptativos

Información importante acerca de la documentación:

1. La solicitud de elegibilidad no podrá ser revisada hasta que se proporcione toda la información requerida y suficiente documentación de respaldo para sustentar dicha solicitud.
2. Presentar la documentación requerida y de respaldo al mismo tiempo hará que el equipo de revisión de elegibilidad de DD procese la solicitud de manera oportuna.
3. En lugar de una nota, una carta o una receta del médico, se necesita una copia de un informe completo de evaluación de diagnóstico que determine la presencia de un impedimento mental o físico y una discapacidad del desarrollo.
4. La documentación de respaldo más reciente puede ser preparada por un Child Study Team o por un médico privado habilitado.
5. Las evaluaciones realizadas por el Child Study Team, que pueden incluir evaluaciones cognitivas, de comportamiento adaptativo, fonoaudiología, terapia ocupacional y/o fisioterapia, son útiles, pero NO constituyen planes educativos individualizados (IEP).

Se le notificará si se requiere documentación adicional.

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

Solicitud de Determinación de Elegibilidad para Niños menores de 18 años con Discapacidades del Desarrollo

Formulario D: Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA: Reconocimiento

Este formulario debe ser firmado al recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto y devuelto con la solicitud. Los padres o el tutor legal deben firmar.

I, _____ (escriba su nombre), por la presente declaro que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad el _____ (DD de MM de YYYY).

Yo soy el (marque uno): Padre Tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha

En nombre de:

Nombre del niño (letra de molde)

Fecha de nacimiento

Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

Nota: LOS BENEFICIOS O LA ELEGIBILIDAD DE SU HIJO NO SE VERÁ AFECTADA POR ESTE AVISO.

Este aviso se aplica a los individuos o tutores legales o padres de hijos menores de edad que reciben servicios del Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés).

La información médica protegida excluye la información médica individualmente identificable en los expedientes estudiantiles cubierto por la Ley de Derechos y Privacidad Educativos de la Familia, en su forma enmendada, 20 U.S.C. 1232g.

Este aviso describe cómo la información médica de su hijo puede ser usada y divulgada y cómo obtener acceso a esta información. Por favor revise detenidamente.

Entender lo que está en el expediente de su hijo y cómo la información médica de su hijo se utiliza le ayuda a usted: garantizar su precisión, entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a la información médica de su hijo, y tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a los demás.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Niños y Familias está obligado por ley a:

- a. Mantener la privacidad de la información médica de su hijo.
- b. Proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos acerca de su hijo.

Además, el Departamento de Niños y Familias tiene la obligación de:

1. Cumplir con los términos de este aviso.
2. Acomodar peticiones razonables que usted pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.
3. Notificarle si no podemos llegar a un acuerdo con una restricción solicitada.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer las nuevas disposiciones efectivas para toda la información médica protegida que mantenemos. En caso de cambiar nuestras prácticas de privacidad, nosotros le proporcionaremos un aviso revisado.

REGLA GENERAL DE PRIVACIDAD

No usaremos o divulgaremos información médica de su hijo sin su autorización por escrito, excepto como se describe en este aviso.

Revocar su autorización: Si usted nos proporciona con una autorización por escrito para divulgar información sobre la salud de su hijo, usted puede revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito. Una revocación escrita no revocará su autorización anterior si ya hemos divulgado la información en base a su autorización previa o si su cobertura de seguro requiere su autorización por escrito.

Autorización por separado para notas de psicoterapia: No divulgaremos las notas de psicoterapia acerca de su hijo sin una autorización de usted escrito por separado. Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito. Una revocación escrita no revocará su autorización anterior si ya hemos divulgado información conforme a su autorización previa o si su cobertura de seguro requiere su autorización por escrito.

CÓMO PODEMOS USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE SU HIJO SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO:

- 1. Tratamiento.** Podemos utilizar la información médica de su hijo para el tratamiento de su hijo. Por ejemplo, la información obtenida por un enfermero, médico u otro miembro del equipo de atención médica de su hijo se registrarán en el expediente de su hijo y puede ser usado para determinar el diagnóstico de su hijo o el curso de tratamiento que sea mejor para su hijo. Un médico u otro profesional de atención médica pueden compartir información de su hijo con otros profesionales médicos que son parte de PerformCare, el Departamento de Niños y Familias, o que están fuera del Departamento de Niños y Familias para determinar cómo diagnosticar o tratar a su hijo.
- 2. Pago.** Podemos utilizar la información médica de su hijo para el pago. Por ejemplo, una factura puede ser enviada a usted o a un pagador tercero. La información que acompaña la factura puede incluir información que identifique a su hijo, así como el diagnóstico, los procedimientos y suministros de su hijo utilizados.
- 3. Actividades de atención médica.** Podemos utilizar la información médica de su hijo para las actividades periódicas de salud. Por ejemplo, los miembros del personal médico, el supervisor de riesgos o de mejora de la calidad, o los miembros del equipo de mejoramiento de la calidad pueden usar información en el expediente médico de su hijo para evaluar la atención y los resultados en el caso de su hijo y otros similares.
- 4. Socios comerciales.** Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen nuestros contadores, consultores y abogados. Cuando se contratan estos servicios, podríamos divulgar información médica de su hijo a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Sin embargo, para proteger la información médica de su hijo, es necesario que los socios comerciales salvaguarden apropiadamente la información de su hijo.
- 5. Familiares y amigos involucrados en el cuidado de su hijo.** Si usted no se opone, podemos compartir información médica de su hijo con un familiar, un pariente o amigo personal cercano que esté involucrado en el cuidado o pago relacionado con el cuidado de su hijo. También podemos informar a un familiar, representante personal u otra persona responsable del cuidado de su hijo acerca de la ubicación de su hijo y de su estado general. En algunos casos, es posible que tengamos que compartir información de su hijo con una organización de desastres naturales que nos ayudará a notificar a dichas personas.
- 6. Investigación.** Podemos divulgar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para asegurar la privacidad de la información médica de su hijo.
- 7. Directores de funerarias.** Podemos divulgar información médica a directores de funerarias y médicos forenses para llevar a cabo sus funciones de conformidad con la ley aplicable.
- 8. Organizaciones de adquisición de órganos.** De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar información médica a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades dedicadas a la procuración, la banca de órganos o el trasplante de órganos para fines de donación y trasplante de tejidos.
- 9. Contactos.** Podemos comunicarnos con usted para recordarle de sus citas o proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.
- 10. Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).** Podemos divulgar a la FDA información médica relacionada a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos o información de supervisión posterior a la comercialización para permitir el retiro, la reparación o el reemplazo del producto.

11. **Compensación para trabajadores.** Podemos divulgar información médica a la medida autorizada por y hasta el punto necesario para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.
12. **Salud pública.** En cuanto lo exige la ley, podemos divulgar información médica de su hijo para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
13. **Institución correccional.** En caso de que su hijo sea un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o a sus agentes información médica necesaria para la salud de su hijo y la salud y seguridad de otros individuos.
14. **Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información médica para propósitos de aplicación de la ley como lo exige la ley o en respuesta a un citatorio válido.
15. **Abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos divulgar información médica de su hijo en la medida prevista por la ley a una autoridad, agencia de servicio social o agencia de servicios de protección si creemos razonablemente que su hijo ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Le notificaremos de esta divulgación sin demora a menos que pondría su hijo en riesgo de daño serio.
16. **Actividades de supervisión de salud.** Podemos divulgar información médica de su hijo a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorias, investigaciones administrativas o penales civiles, inspecciones, licencias o acciones disciplinarias u otras actividades necesarias para la supervisión del sistema de atención médica, programas de beneficios del gobierno, programas que regula el gobierno, o el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
17. **Procesos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar información médica de su hijo en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo, o en respuesta a un citatorio válido si recibimos garantías satisfactorias de la parte que solicita la información que la parte interesada haya hecho un intento para notificarle o para asegurar una orden de protección para la información de su hijo.
18. **Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar información médica de su hijo a los funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional.

DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD DE SU HIJO

Aunque el expediente médico de su hijo es la propiedad física del Departamento de Niños y Familias, la información en el expediente médico de su hijo pertenece a usted y a su hijo. Usted tiene los siguientes derechos:

1. Usted puede solicitar que no usemos ni divulguemos información médica de su hijo por un motivo en particular relacionado con el tratamiento, pago, actividades de atención médica general del Departamento, y/o a un miembro de la familia en particular, otro pariente o amigo personal cercano. Le pedimos que dichas solicitudes se presenten por escrito al oficial de privacidad. Aunque consideraremos su solicitud, tenga en cuenta que no tenemos ninguna obligación de aceptarla o cumplir con ella.
2. Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de la información médica de su hijo. Si no está satisfecho de la manera en que está recibiendo comunicaciones de nosotros o al lugar en donde los recibe que están relacionados con la información médica de su hijo, puede solicitar que le proporcionemos con dicha información por medios alternativos o en lugares alternativos. Dicha solicitud deberá hacerse por escrito y presentarse al oficial de privacidad. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables.

3. Usted puede solicitar inspeccionar y/u obtener copias de información médica acerca de su hijo, que se proporcionará dentro de los 30 días. Estas solicitudes deben hacerse por escrito al oficial de privacidad. Si usted solicita recibir una copia, se le puede cobrar una tarifa razonable.
4. Si usted cree que cualquier información de salud en el expediente médico de su hijo no es correcta o si usted cree que falta información importante, usted puede solicitar que corrijamos la información existente o añadir la información que falta. Usted debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Estas solicitudes deben hacerse por escrito al oficial de privacidad.
5. Usted puede solicitar que le proporcionamos con una contabilidad por escrito de todas las divulgaciones realizadas por nosotros de la información médica de su hijo hasta por un período de seis años de tiempo; sin embargo, las divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003, no tienen que ser contabilizadas por la ley. Le pedimos que estas solicitudes se presenten por escrito al oficial de privacidad. Tenga en cuenta que una contabilidad no incluirá los siguientes tipos de divulgaciones: divulgaciones hechas para tratamientos, pagos o actividades de atención médica; divulgaciones hechas a usted o a su representante legal, o cualquier otra persona involucrada en el cuidado de su hijo; divulgaciones a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o para fines de Seguridad nacional; divulgaciones realizadas del directorio; y divulgaciones que son relacionados con usos permitidos y divulgaciones de información médica de su hijo (por ejemplo, cuando la información es escuchada por otro paciente que está pasa). No hay ningún cargo para la primera solicitud de contabilidad realizado en un período de doce meses, pero puede haber un cargo razonable por solicitudes adicionales en el mismo período de doce meses.
6. Usted tiene el derecho a obtener una copia en papel de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad a solicitud.
7. Usted puede revocar cualquier autorización para usar o divulgar información médica, excepto en la medida en que esa acción ya haya sido tomada. Dicha solicitud debe ser presentada por escrito al oficial de privacidad.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad del Departamento a la dirección siguiente.

Si usted cree que los derechos de privacidad de su hijo han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros. Estas quejas deben ser presentadas por escrito al Oficial de Privacidad del Departamento. El formulario de queja deberá ser obtenida del Oficial de Privacidad del Departamento y una vez completado ser devuelto a:

State of New Jersey, Department of Children and Families

PO Box 717
Trenton, NJ 08625

También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal, escribiendo a:

DHHS

200 Independence Avenue SW
Washington DC 20201

Esto debe hacerse dentro de los 180 días de ocurrido el problema. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al **866-627-7748**.

Si usted presenta una queja al Oficial de Privacidad del Departamento o al Secretario de Salud y Servicios Humanos, no habrá represalias en contra de su hijo y los beneficios de su hijo no se verán afectados.

La discriminación es ilegal

PerformCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. PerformCare no excluye a las personas ni las trata de modo distinto debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PerformCare reduce las barreras idiomáticas para acceder a servicios a través del Sistema de Cuidado de Niños de New Jersey al brindar:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
 - Dispositivos de telecomunicación como el Dispositivo para Sordos (TDD) y los sistemas de Teléfono de Texto (TTY) para permitir a las personas sordas, con problemas de audición o con impedimentos en el habla utilizar el teléfono para comunicarse.
- Servicios de idioma sin costo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Servicios de intérprete calificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita de estos servicios, póngase en contacto con PerformCare al **1-877-652-7624** o [TTY (para personas con impedimentos auditivos) al **1-866-896-6975**]. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Si considera que PerformCare no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo o por teléfono, ya sea llamando al Departamento de Calidad de PerformCare al **1-877-652-7624** o escribiendo a:

PerformCare
Attn: Quality Department
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de PerformCare está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos electrónicamente a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de intérpretes multilingües

Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Spanish: Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Portuguese: Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975).

Haitian Creole: Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Chinese Mandarin: 注意: 如果您说中文普通话/国语, 我们可为您提供免费语言援助服务。请致电: 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

Bengali: লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)।

French: Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Vietnamese: Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

Chinese Cantonese: 注意: 如果您使用粵語, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

Polish: Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Urdu:

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں۔ 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Turkish: Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

Russian: Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).