

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad
Servicios del Desarrollo

Solicitud de Servicios del Desarrollo

<input type="checkbox"/> CENTRO REGIONAL DEL DESIERTO 7150 Pollock Drive Las Vegas, NV 89119 Teléfono: 702-486-7850 Fax: 702-486-5855	<input type="checkbox"/> CENTRO REGIONAL RURAL 1550 E. College Parkway Carson City, NV 89706 Teléfono: 775-687-5162 Fax: 775-688-1001	<input type="checkbox"/> CENTRO REGIONAL SIERRA 10375 Professional Circle Reno, NV 89521 Teléfono: 775-687-2600 Fax: 775-688-1947
Información del solicitante		
Nombre del solicitante (nombre y apellido):		Nombre preferido:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Fecha de la solicitud:
Raza/etnia:		
<input type="checkbox"/> Indoamericano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Birracial/multirracial	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico/blanco <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/latino	<input type="checkbox"/> Oriente Medio/Norte de África <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Decido no responder <input type="checkbox"/> Desconocido
Número de seguro social:		
Residente de Nevada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano de EE. UU. o residente legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio: (calle, ciudad, estado, código postal)		
Dirección postal: (calle, ciudad, estado, código postal)		
Correo electrónico:		
Número de teléfono:	Número de teléfono móvil:	Número de teléfono alternativo:
Idioma principal del solicitante:		
¿Se necesita intérprete/dispositivo de ayuda para la comunicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seleccione discapacidad:	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo (si es menor de 6 años)	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual
	<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo Si selecciona esta casilla, especifique:	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Daño cerebral traumático
		<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro alcohólico fetal <input type="checkbox"/> Otra (especifique):
Recibió educación especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre de la escuela:	
Dirección de la escuela:		

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad

Servicios del Desarrollo

Solicitud de Servicios del Desarrollo

Nombre del solicitante (nombre y apellido):		
Otros servicios o programas prestados (análisis de conducta aplicado, servicios de intervención temprana de Nevada, terapias, médicos, psicólogos, centros regionales, etc.):		
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/>		
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Género no binario/no conforme con el género <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> No figura en la lista (especifique) <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No figura en la lista (especifique): <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Beneficios del SSDI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente Medicaid de Nevada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente		
Beneficios del SSI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente		
Número de identificación de Medicaid:		Número de identificación de Medicare:
<input type="checkbox"/> Seguro privado/ otro seguro	Nombre del seguro:	Identificación del seguro: (si está disponible)
Referido por:		
<input type="checkbox"/> Oficina de Rehabilitación Profesional <input type="checkbox"/> División de Servicios para Niños y Familias (DCFS) <input type="checkbox"/> Familia/uno mismo	<input type="checkbox"/> Programa Katie Beckett <input type="checkbox"/> Servicios de Intervención Temprana de Nevada (NEIS) <input type="checkbox"/> Fuera del Estado	<input type="checkbox"/> Distrito escolar <input type="checkbox"/> Servicios Sociales (Adultos) <input type="checkbox"/> Servicios Sociales (Niño) <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
Información sobre los padres o tutores		
Estado de la tutela: <input type="checkbox"/> Tutela legal de menores <input type="checkbox"/> Tutela pública <input type="checkbox"/> Ninguna en la lista/sin tutela en la actualidad		
Nombre del padre, la madre o el tutor legal:		
Dirección del padre, la madre o el tutor legal: (calle, ciudad, estado, código postal)		

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad
Servicios del Desarrollo

Solicitud de Servicios del Desarrollo

Correo electrónico:		
Número de teléfono:	Número de teléfono móvil:	Número de teléfono alternativo:
Idioma principal del padre, la madre o el tutor legal:		
Consentimiento		
<p>Solicito servicios de Servicios del Desarrollo. Los Servicios del Desarrollo son un programa que cuenta con la aprobación del estado y que ayuda a las personas de Nevada con discapacidades intelectuales o del desarrollo. Comprendo que puedo cancelar esta solicitud en cualquier momento. También comprendo que Servicios del Desarrollo mantendrá la privacidad de toda la información que recopile. Al firmar este formulario, acepto que me hagan las pruebas o evaluaciones psicológicas necesarias para determinar si cumplo con los requisitos. Los Servicios del Desarrollo denegarán mi solicitud si pierden el contacto conmigo, no obtienen la información necesaria o si no cumplo con los requisitos para recibir dichos servicios.</p>		
Firma del solicitante		Fecha
Firma del padre, la madre o el tutor legal		Fecha