

Robert P. Astorino
County Executive

Department of Community Mental Health

Grant E. Mitchell, M.D.
Commissioner

Querido Padre/ Tutor Legal/ Representante;

Bienvenidos al Condado de Westchester de la Comunidad de Salud Mental (WCDCMH), Oficina del Departamento de Discapacidades del Desarrollo. Nuestra oficina trabaja cerca con la oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) y es el punto de entrada al sistema del OPWDD para los residentes del Condado de Westchester. El objetivo de nuestra oficina es ayudarlo con el proceso de elegibilidad (que debe ser establecida antes de que se pueda acceder a los servicios), para proporcionarle información y recursos acerca de los servicios, para operar los contactos que hay en la comunidad, y para ayudarle acceder a los servicios apropiados y necesarios que puedan requerir ahora y en el futuro.

Le pedimos que complete el formulario de inscripción y el el formulario de consentimiento y devolverlo a nuestra oficina. El registro es parte del proceso. La otra es la presentación de la documentación que el Estado requiere para que la elegibilidad sea determinada. Si el padre, intercessor, representante o la escuela presenta la documentación, la siguiente es requerida por el Estado para establecer la elegibilidad:

- 1.Un IEP actual de la escuela o registro de la escuela, si ha dejado la escuela.
- 2.Una **Evaluación psicológica** indicando la escala del CI en un plazo de 3 años.
- 3.Una medición del comportamiento adaptativo de prueba de medición (es decir Vineland II o ABAS II)
- 4.Informe completo de la historia social que indique la discapacidad antes de la edad de 22 años.
- 5.Un **informe físico actual** del médico en el año.
- 6.Reporte Neurológico or psiquiátrico y/o hospitalización **si es aplicable** al individuo.

Una vez que la oficina reciba la documentación anterior, vamos a revisarla para la finalización y se enviará a la Oficina de Servicios de Discapacidades del Desarrollo (HVDDSO) quien tomará una decision en tres meses calendario. Es HVDDSO quien se comunicará con ud. por correo una vez que la determinación se ha hecho.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor no dude en contactarnos.

Sinceramente,

Mateo Faulkner
Asistente de Trabajo de la Comunidad

**Por favor envíe el registro/ o la documentación a la:
Comunidad de Westchester de la Comunidad de Salud Mental
c/o Mateo Faulkner
112 East Post Rd. 2do piso
White Plains, NY 10601**

Revisado 2/1/11

Registro de Incapacidades del Desarrollo

Date: _____

Primer Nombre del Apicante: _____ Apellido _____
Dirección Actual: _____ Codigo Postal: _____
Teléfono # () _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # de Medicaid _____
de Seguro Social _____ - _____ - _____ Recibe SSI/D? _____ Seguro Médico Privado?: Si/No
Compañia/ # de Poliza _____

Información Sobre Incapacidades (Marque todos los que aplican)

Coficiente Intelectual.: _____ Nivel de Retardación: Leve: ____ Moderado: ____ Severo: ____ Profundo: ____
Epilepsia/Convulsiones ____ Parálisis Cerebral _____ Autismo _____ Impedimento
Neurológico _____ Impedimentos Ortopédicos: _____ Discapacidad Emocional
o Diagnóstico de Salud Mental _____
Otros: _____ Ambulante (Si/No) Usos: Silla de ruedas ____ Caminante ____ Muletas ____
Ortopédicos ____ Verbal (Si/No) Dispositivos de Adaptación _____

Relación con el Individuo (Marque uno) **Padres** **Tutor Legal** **Representante**

Nombre: _____
Dirección: _____ Codigo Postal: _____
Teléfono de casa: () _____ - _____ Trabajo:() _____ - _____ Celular: () _____ - _____

Escuela o Programa de *Día*: _____ Programa de Contacto _____
Teléfono () _____ - _____ Anticipación a la Fecha de Graduación: _____
Dirección: _____ Codigo Postal: _____

Esta el Apicante buscando servicios: (Marque el que corresponda)

- En la casa Habilitación Residencial Programa de Día Empleo de Apoyo
 Coordinador de Servicios Médicos Programa de Recreación Respiro/Descanso
 Servicio de Ayuda Individual Modificación del Medio Ambiente Oportunidad Residencial
 Otros (Explique) _____



Departamento De Salud Mental De La Comunidad
112 East Post Road, White Plains, NY 10601 914-995-5244

**CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACION
CONFIDENCIAL**

Por la presente, autorizo la revelación de información de los expedientes de:

El nombre del consumidor

Al Departamento de Salud Mental de la Comunidad del Condado de Westchester localizado en 112 East Post Road, White Plains, NY 10601 con el proposito de coordinar los servicios necesarios. Yo entiendo que este formulario le da al Departamento de Salud Mental de la Comunidad del Condado de Westchester la autoridad de revelar dicha información cuando sea necesario para coordinar servicios de parte del cliente antes mencionado.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del Consumidor

Firma de persona autorizada a actuar de parte del consumidor

Relación de persona autorizada

Relación de persona autorizada

Dirección de persona autorizada

Atestiguado por: _____
Firma

Dirección

Fecha: _____