

Instrucciones para la Solicitud de Ayuda Financiera por Lesiones Cerebrales

Acerque el cursor sobre cada caja de información, caja de selección, o botón de radio para leer las instrucciones y ejemplos, obteniendo así la información necesaria para completar la solicitud. La ventanilla emergente le dejará saber si el campo es obligatorio o si puede escribir N/A si no se aplica al solicitante.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

- Empiece escribiendo el **nombre legal completo del solicitante al número telefónico del solicitante**, incluyendo código de área y guiones. Ej. **302-123-1234**
- Escriba la **dirección del solicitante**, incluyendo el nombre del edificio si aplica.
- Escriba la **dirección de correo**, si es diferente a la dirección del hogar. **Por ejemplo: Número de Caja o P.O. Box, Nombre del Edificio y número de apartamento.**
- Escriba el **correo electrónico del solicitante**.
- Escriba la **ciudad donde reside el solicitante**. Escriba el **estado donde reside el solicitante**.
- Escriba el **código postal más los 4 números adicionales**. Si se desconocen los 4 números adicionales, coloque 4 ceros para continuar con la siguiente sección del documento. **Por ejemplo: 19901-0000**

REPRESENTANTE AUTORIZADO

- Escriba el **nombre del solicitante** Y el **nombre del representante** si el solicitante quiere que alguien le represente únicamente para el propósito de esta solicitud y la revisión del caso.
- Volver a escribir el **nombre del representante** y el **nombre del solicitante** para confirmar que están de acuerdo con representar al solicitante.
- Escriba el **correo electrónico del representante** para que el SCPD pueda contactarle durante el proceso de selección.

INFORMACIÓN DEMOGRAFICA Y FINANCIERA

- Escriba la **fecha de nacimiento del solicitante** en el formato de mes, mes/día, día/año, año, año, año.
- Seleccionar **el género del solicitante**.
- Seleccionar **la raza/etnia del solicitante**.
- Describir las **fuentes de ingreso del solicitante** y los montos, incluyendo salarios, ingresos por desempleo, seguridad social, discapacidad, pensión, etc.

- Escribir los **recursos líquidos totales del solicitante** incluyendo el efectivo, cuentas de crédito y ahorro, certificados de depósitos, acciones y bonos.

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

- Escribir **toda** la información del seguro médico que cubre al solicitante, incluyendo Medicare, Medicaid, seguro médico del empleador, Tricare, Tricare For Life; incluyendo el nombre del titular de la póliza, nombre del seguro, a quién cubre (por ejemplo, solicitante, esposa, hijos), y el número de la póliza. Si incluye Medicaid o el Programa de Salud Infantil de Delaware por favor seleccione “Sí” como respuesta a la sección “b” en la siguiente página.

ORIGEN DE LA REFERENCIA

- Por favor incluya el nombre de la persona, comisión, organización, o página web que le comentó acerca del Programa de Ayuda Financiera por Lesiones Cerebrales.

ELIGIBILIDAD

- Por favor seleccione sí o no para denotar si el solicitante es Residente de Delaware.
- Por favor escriba la **fecha de la lesión cerebral del solicitante** (o diagnóstico de una lesión cerebral) ocurrido en formato de mes, mes/día, día/mes, año, año, año.
- Por favor especifique el **tipo de documentos** que usted ha adjuntado con la solicitud enviada. Ej. diagnóstico de lesión cerebral en historial médico, documentos de rehabilitación, y otros documentos de tratamientos/diagnósticos.

SERVICIOS DESEADOS

- Por favor **seleccione** todos los **servicios** en los que el **solicitante está pidiendo** ayuda y desea obtener. Especifique los servicios si seleccionó “Otros Servicios”. Indique el costo estimado, si es conocido. Ej. cotización de una compañía o agencia estatal o costo estimado de los servicios. (Si está disponible, por favor adjuntar una copia)

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS A TRAVÉS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE (DHSS)

- **Seleccione sí o no** para dejarnos saber si el solicitante actualmente está en una lista de espera en el programa de DHSS que incluya un servicio que se está solicitando aquí.
- **Seleccione sí o no** para dejarnos saber si el solicitante actualmente está inscrito en un programa del DHSS pero está pidiendo servicios o ayuda con algo que no ofrece ese programa.

- **Seleccione sí o no** para dejarnos saber si el solicitante (o el representante del solicitante) fue informado que él/ella no cumplía con el criterio de los estándares de elegibilidad para ser parte del programa de DHSS que cubre el servicio pedido. Si responde sí, por favor escriba la razón que le dieron para no ser elegido.
- **Seleccione sí o no** para dejarnos saber si el solicitante (o alguien en su nombre) ha hecho una solicitud para algún programa de DHSS. Si responde sí, por favor seleccione sí o no para responder si todavía está esperando respuesta del DHSS.
- **Seleccione sí o no** para dejarnos saber si el solicitante tiene un encargado de caso. Si es así, por favor incluir el teléfono y correo electrónico del encargado.
- **Seleccione sí o no** para dejarnos saber si el solicitante (o alguien en su nombre) ha buscado otros programas, recursos comunitarios, iglesias, o servicios caritativos, ayudas, y/o apoyo financiero. Si responde sí, por favor indique el programa, recurso, iglesia o caridad, y la respuesta a la solicitud hecha.

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

- El solicitante y el representante (si lo hay) debería leer (o que le lean) la **Declaración de Reconocimiento y Autorización** y marcar la caja correspondiente para demostrar que ambos han leído y están de acuerdo con la declaración.
- El solicitante y el representante (si lo hay) debería leer (o que le lean) el **Acuerdo de Firma Electrónica** y la **Autorización** y marcar la caja para demostrar que ambos han leído y están de acuerdo con la declaración.
- El solicitante y el representante (si lo hay) debería ingresar su firma electrónica y fecha de firma en las líneas designadas, si está enviando la solicitud electrónicamente.
- Si la solicitud está siendo enviada a través de correo físico o en persona, ambos, el solicitante y el representante deben firmar el documento manualmente en los espacios previstos.

Botones de Finalización

- Por favor presione el botón **“Adjuntar Documentos”** una vez por cada documento que va a adjuntar a la Solicitud de Apoyo Financiero por Lesiones Cerebrales. Usted puede verificar todos los documentos adjuntados seleccionando **“Ver”** en la barra de menú, luego seleccionando **“Mostrar/Esconder”** del menú emergente y escoger **“Paneles de Navegación”** (Navigation Panes), moviendo el cursor otra vez para seleccionar **“Archivos Adjuntos”** (Attachments).
- Una vez que usted esté satisfecho con todas las fuentes de documentos adjuntados, por favor presione la opción de **“Imprimir”** para que usted guarde una copia completa de la solicitud.
- El último paso para completar la Solicitud de Apoyo Financiero por Lesiones Cerebrales es seleccionar la opción en blanco y negro **“ENVIAR Solicitud”** localizada en la esquina derecha de la última página de la solicitud. Usted podrá escribir su correo electrónico en el

“Cc” si quisiera recibir una copia electrónica para sus archivos. Si usted prefiere enviar su solicitud a través del correo físico, por favor vea el **MODELO DE SOLICITUD** que sigue:

Consejo Estatal para Personas con Discapacidades (SCPD) SOLICITUD DE AYUDA FINCACIERA POR LESIONES CEREBRALES			
INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE			
Nombre:	Jane Q. Public		
Teléfono:	(302) 123-4567	Dirección:	100 Main Street, Kent Acres
Dirección de Correo (si es diferente a la dirección):		P.O. Box 123	
Correo Electrónico:	jane.Public000@mailprovider.com		
Ciudad:	Dover	Estado:	Delaware
		Código Postal:	19901-0000
REPRESENTANTE AUTORIZADO			
Yo	JANE Q. PUBLIC	quiero que	John A. Public
	(Nombre)		(Nombre del Representante)
sea mi representante solo para el propósito de hacer la solicitud y revisar el caso. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Yo	John A. Public	soy el representante de	Jane Q. Public
	(Nombre del Representante)		(Nombre del Solicitante)
en la solicitud. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correo Electrónico del Representante: johnA.public@mailprovider.net			
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y FINANCIERA			
Fecha de Nacimiento:	Género:		<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino
Raza / Etnia:	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input checked="" type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino		
Fuente de Ingresos y Monto del Solicitante (Ej. salario, ingreso por desempleo o seguridad social): Salarios \$15.000 Seguro social \$9.000			
Líquidos Totales del Solicitante (Ej. Ahorros; Acciones o Bonos; Dinero en Efectivo): Cuenta ahorros \$2.500, efectivo \$500, 0 acciones, 0 bonos			
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO [Incluyendo Medicare, Medicaid, y el Programa de Salud Infantil de Delaware (CHIP)]			
Nombre del Titular	Nombre del Seguro	¿A Quién Cubre?	Número de Póliza
John A. Public	Highmark BC/BS DE	Jane Q. Public	SOD9876543210
Jane Q. Public	United Healthcare Insurance	Jane Public	12345678910
ORIGEN DE LA REFERENCIA			
¿Cómo se enteró del programa? Amigo de Jane Doe			
ELIGIBILIDAD			
Residente de Delaware: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13/SEP/2016 Fecha de Lesión Cerebral:	Diagnóstico y Fuente que Documenta la Lesión Cerebral (enviar a SCPDBrainInjuryFund@state.de.us):	
Expediente de emergencia durante la lesión inicial; Expediente de tratamiento de rehabilitación; Expediente médico neurológico; Evaluación reciente			

Servicios Deseados (marque todos los que apliquen): <input checked="" type="checkbox"/> Modificaciones en el Hogar <input type="checkbox"/> Modificaciones Ambientales <input type="checkbox"/> Rehabilitación del Conductor <input type="checkbox"/> Servicio de Adquisición y Apoyo de Perro de Ayuda <input checked="" type="checkbox"/> Tecnología Asistida <input checked="" type="checkbox"/> Servicios de Ayudante <input checked="" type="checkbox"/> Otros Servicios – Especificar <input type="checkbox"/> Costo Estimado, si lo Conoce:	
Disponibilidad de Servicios a través del Departamento de Delaware de Salud y Servicios Sociales (DHSS): a. ¿Está actualmente en lista de espera para el programa de DHSS que incluya cobertura de servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No b. ¿Está registrado en el programa DHSS pero se beneficiaría de algún tipo de servicio que no ofrece este programa? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. ¿Se le ha informado que no cumple con los estándares de elegibilidad técnica para participar del programa de DHSS que incluya cobertura de servicios causándole dificultades individuales o familiares? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Si responde Sí, ¿Cuál es la razón? d. ¿Ha presentado una solicitud para el programa de DHSS? Si es así, ¿Está esperando respuesta del Departamento? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No e. ¿Tiene un encargado de caso en el DHSS? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿Quién es? ¿Cuál es su información de contacto? DHSS, Cuidado a largo plazo, 302-456-7890, help@state.de.us f. ¿Ha buscado otros trabajos, recursos comunitarios, iglesias o caridades que podrían financiarle los servicios deseados? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Si es así, ¿Quiénes son?, ¿Qué le respondieron?	
RECONOCIMIENTO Y FIRMA	
<p><i>Comprendo que el Fondo de Lesión Cerebral es un programa piloto limitado, que sus servicios están sujetos a modestos fondos del presupuesto Estatal, y que recibiré una decisión escrita del SCPD en respuesta a la solicitud. Comprendo y estoy de acuerdo parcial o completamente con que la aprobación de esta solicitud no obliga al Estado o sus agentes a proveer servicios de tipo, frecuencia y duración fuera de lo descrito en la decisión. Ya que el Consejo Estatal debe preparar un reporte acerca del impacto de los servicios provistos bajo este programa piloto, estoy de acuerdo con participar en entrevistas para discutir los beneficios de tales servicios. Finalmente, comprendo que el SCPD podría necesitar consultar a otras agencias públicas o privadas y potenciales proveedores de servicios para procesar y completar esta solicitud. Estoy de acuerdo con que la información y registros podrán ser intercambiados libremente entre el SCPD y otras agencias y proveedores sin necesidad de autorizaciones adicionales.</i> <input checked="" type="checkbox"/></p>	
CONVENIO: <input checked="" type="checkbox"/> Al firmar este Formulario de Reconocimiento con Firma Electrónica, acepto que mi firma electrónica es la equivalente legal de una firma hecha a mano. Cuando ejecuto una firma electrónica tiene la misma validez y sentido que mi firma hecha a mano. En el futuro, no desconoceré el sentido de mi firma electrónica o reclamaré que ésta no representa un vínculo legal. Comprendo que marcar esta caja constituye una firma legal, confirmando que reconozco y garantizo la veracidad de la información provista en este documento.	
Firma del Solicitante: <i>Jane Q. Public</i>	Fecha: 9/13/2016
Firma del Representante: <i>John A. Public</i>	Fecha: 9/13/2016

Luego de completar todos los campos requeridos, firmar electrónicamente y adjuntar toda la información necesaria para esta solicitud, por favor seleccione el botón de "ENVIAR" para enviar este documento al SCPD. Las solicitudes son aceptadas electrónicamente (preferiblemente), en persona en la Oficina del SCPD, por correo físico, o por correo electrónico al: SCPDBrainInjuryFund@state.de.us. La información de Contacto del SCPD es: *State Council for Persons with Disabilities, Margaret O'Neill Building, Third Floor, Suite 1, 410 Federal Street, Dover, DE 19901. Teléfono: (302) 739-3620, Email: SCPGeneralMailbox@state.de.us*

Adjuntar documento

Imprimir

Enviar solicitud