

# NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

## 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

#### **Documentación de respaldo**

- Diagnóstico más reciente realizado por un profesional médico habilitado
- Evaluación del desarrollo, psicológica, neurológica o neuropsicológica más reciente
- Evaluaciones de comportamiento adaptativo más recientes
- Evaluaciones más recientes del 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
- 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: Divulgación a terceros.**

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 **Divulgación a terceros**. 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.

### **Registros médicos de respaldo:**

- Evaluación del desarrollo, psicológica, neurológica o neuropsicológica más reciente, que incluya resultados completos de una evaluación cognitiva estandarizada
- Evaluaciones de comportamiento adaptativo más recientes (Sistema de evaluación de comportamiento adaptativo)
- 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.**

## La discriminación está en contra de la ley

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

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

- Proporcionar a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos, tales como:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
  - Dispositivos de telecomunicaciones tales como Dispositivo para sordos (TDD) y Sistemas de teléfono de texto (TTY) para permitir a las personas sordas, con problemas de audición o impedimentos del habla a usar el teléfono para comunicarse.
- Proporcionar servicios de idioma sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Servicios de intérpretes 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 7 días de la semana.

Si cree que PerformCare no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo postal o por teléfono, llamando al departamento de Calidad de PerformCare al **1-877-652-7624** o por escrito a:

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

Si necesita ayuda para presentar una queja, el departamento de Calidad de PerformCare está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

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

**English: 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 ১-৮৭৭-৬৫২-৭৬২৪ (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).**