



ESTADO DE NEW JERSEY

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DISCAPIDADES DEL DESARROLLO

PO BOX 726

TRENTON, NJ 08625-0726

Visítenos en Internet en:

[www.state.nj.us/humanservices/ddd](http://www.state.nj.us/humanservices/ddd)

CHRIS CHRISTIE  
GOBERNADOR

KIM GUADAGNO  
VICE  
GOBERNADORA

Elizabeth Connolly  
*Comisionada*

Dawn Apgar  
*Comisionada Adjunta*

Elizabeth M. Shea  
*Comisionada Asistente*

TEL. (609) 631-2200

Envíe por correo el Paquete de solicitud de admisión completo a la Oficina de servicios comunitarios del condado en el que viva el solicitante. Envíe el sobre a la “Unidad de admisión de la División de Discapacidades del Desarrollo”.

**Oficina en Flanders**

Condados que atiende: Morris - Sussex -  
Warren  
1-B Laurel Drive  
Flanders, NJ 07836  
Teléfono: (973) 927-2600

**Oficina en Freehold**

Condados que atiende: Ocean - Monmouth  
Juniper Plaza, Suite 1 - 11  
3499 Route 9 North  
Freehold, NJ 07728  
Teléfono: (732) 863-4500

**Oficina en Paterson**

Condados que atiende: Bergen - Hudson -  
Passaic  
100 Hamilton Plaza, 7th Floor  
Paterson, NJ 07505  
Teléfono: (973) 977-4004

**Oficina en Trenton**

Condados que atiende: Hunterdon -  
Mercer - Middlesex  
120 South Stockton Street, Trenton, NJ 08611  
Teléfono: (609) 292-1922  
Dirección postal: P.O. Box 706, Trenton, NJ  
08625-0706

**Oficina en Newark**

Condado que atiende:  
Essex  
153 Halsey St., 2nd FL  
P.O. Box 47013  
Newark, NJ 07101  
Teléfono: (973) 693-5080

**Oficina en Mays Landing**

Condados que atiende: Atlantic - Cape May -  
Cumberland - Salem  
5218 Atlantic Avenue  
Suite 205  
Mays Landing, NJ 08330  
Teléfono: (609) 476-  
5200

**Oficina en Plainfield**

Condados que atiende: Union -  
Somerset  
110 East 5th Street  
Plainfield, New Jersey 07060  
Teléfono: (908) 226-7800

**Oficina en Voorhees**

Condados que atiende: Burlington - Camden -  
Gloucester  
2 Echelon Plaza  
221 Laurel Rd, Suite 210  
Voorhees, NJ 08043  
Teléfono: (856) 770-5900

Para evitar cualquier demora en el procesamiento de su solicitud, asegúrese de que el paquete de admisión **no** esté dirigido a PO BOX 726 Trenton, NJ.

En vigencia: 01/29/2014



CHRIS  
CHRISTIE,  
GOBERNADOR

KIM GUADAGNO  
VICE  
GOBERNADORA

ESTADO DE NEW JERSEY  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

PO BOX 726  
TRENTON, NJ 08625-0726  
Visítenos en Internet en:  
www.state.nj.us/humanservices/ddd

Jennifer Velez  
Comisionada

Dawn Apgar  
Comisionada Adjunta

Elizabeth M. Shea  
Comisionada Asistente

TEL. (609) 631-2200

## Lista de verificación de documentación para elegibilidad

### Complete los siguientes formularios según se indica

Tenga en cuenta: las personas deben tener 18 años para someterse a la evaluación funcional para los servicios. Las personas que cumplan con los criterios funcionales deben tener 21 años y deben ser elegibles para Medicaid antes de poder recibir los servicios de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

#### A. Formularios de elegibilidad de la DDD:

- **Solicitud para elegibilidad.** La persona que complete la solicitud debe firmar este formulario.
- **Formulario de códigos CIE.** Este formulario debe completarse por un profesional médico.
- **Información sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)**
  - i. **Aviso de prácticas de privacidad y formulario de acuse de recibo.** Lea el *Aviso de prácticas de privacidad* del Departamento de Servicios Humanos y firme y envíe el *Formulario de acuse de recibo (Acknowledgement Form)*.
  - ii. **Autorización para la divulgación de información de salud a familiares y personas involucradas.** Le otorga permiso a la DDD para compartir la información de salud del solicitante con las personas que este elija. Complete, firme y envíe.
  - iii. **Autorización para la divulgación de información de salud.** Le otorga permiso a la DDD para enviar copias de los registros de salud del solicitante a las personas u organizaciones elegidas por este. Complete, firme y envíe.

**Formulario de consentimiento.** Para usar con los documentos en la sección B.

**\*Debe incluir tantos documentos como tenga disponible a continuación que estén relacionados con su discapacidad del desarrollo.**

**Mientras más documentos proporcione, más fácil será procesar su solicitud.\***

#### B. Documentación de discapacidad del desarrollo

<input type="checkbox"/> Documentación médica de la discapacidad	<input type="checkbox"/> Resúmenes sociales/evaluaciones de aprendizaje
<input type="checkbox"/> Declaración del médico	<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica más reciente (puntajes de cociente intelectual)	<input type="checkbox"/> Evaluación neurológica
<input type="checkbox"/> Todos los informes psicológicos disponibles	<input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta/registros del hospital
<input type="checkbox"/> Informes escolares o equipo de estudio para niños más recientes	<input type="checkbox"/> Evaluación de fisioterapia/evaluación de terapia ocupacional/ evaluación de terapia del habla

#### C. Documentación legal de edad, ciudadanía de los EE. UU. y residencia en New Jersey

Fotocopia del certificado de nacimiento

Fotocopia de la tarjeta de Seguro Social o prueba de ciudadanía de los EE. UU. o tarjeta de residencia (*Green Card*)

Fotocopia de uno de los siguientes documentos: 1) formulario de registro para votar 2) comprobante de pago de salario/sueldo 3) formulario W2 4) factura de impuesto sobre los bienes raíces u 5) órdenes de traslado permanente a New Jersey (si el tutor legal de la persona forma parte del servicio militar de los EE. UU.)

#### D. Otros documentos necesarios:

<input type="checkbox"/> Fotocopia del pedido de tutela (si corresponde)	<input type="checkbox"/> Carta de concesión anual del Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)
<input type="checkbox"/> Fotocopia de la tarjeta de Medicaid	<input type="checkbox"/> Carta que certifique la elegibilidad para Medicaid
<input type="checkbox"/> Evaluaciones/registros de la División de Servicios de Rehabilitación Vocacional (DVRs) (formulario F3)	

**E. Evaluación de NJ CAT:** será realizada por el Instituto de planificación de discapacidades del desarrollo (DDPI) en una fecha posterior.



CHRIS CHRISTIE  
GOBERNADOR

KIM GUADAGNO  
VICE  
GOBERNADORA

ESTADO DE NEW JERSEY  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

PO BOX 726  
TRENTON, NJ 08625-0726

Jennifer Velez  
COMISIONADA

Dawn Apgar  
Comisionada Adjunta

### Solicitud para elegibilidad

Tenga en cuenta: las personas deben tener 18 años para someterse a la evaluación funcional para los servicios. Las personas que cumplan con los criterios funcionales deben tener 21 años y deben ser elegibles para Medicaid antes de poder recibir los servicios de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

De acuerdo con la sección 30:4-25.2 del estatuto revisado del Estado de New Jersey, la solicitud se realiza ante la Comisionada del Departamento de Servicios Humanos para la determinación de elegibilidad para servicios proporcionados a través de la DDD para la siguiente persona:

Nombre: \_\_\_\_\_  
                    Primer nombre                      Segundo nombre                      Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mediante la firma de esta solicitud, declaro que:

1. Esta solicitud y todos los formularios enviados con la solicitud se completaron de la forma más precisa posible.
2. Comprendo que tengo la oportunidad de apelar una determinación de falta de elegibilidad de acuerdo con el N.J.A.C. 10:48-1.1 (j).

Esta solicitud se realiza según R.S. 30:4-25.2 en virtud de la relación mencionada anteriormente con el solicitante:

\_\_\_ El propio titular

\_\_\_ Tutor legal de la persona                      \_\_\_ Tribunal competente

Firma o marca \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo (si tiene marca) \_\_\_\_\_

Nombre del testigo en letra de imprenta (si tiene marca) \_\_\_\_\_

Cargo si es un representante del tribunal o de la agencia \_\_\_\_\_

**No escriba debajo de esta línea; solo para uso de la DDD**

\_\_\_ Criterios funcionales cumplidos                      \_\_\_ Criterios funcionales no cumplidos

Elegible para Medicaid Sí \_\_\_ No \_\_\_                      Cerrado por falta de información \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del representante de la DDD                      Cargo/disciplina                      Fecha**



CHRIS CHRISTIE  
GOBERNADOR

KIM GUADAGNO  
VICE  
GOBERNADORA

ESTADO DE NEW JERSEY  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

PO BOX 726  
TRENTON, NJ 08625-0726

Jennifer Velez  
COMISIONADA

Dawn Apgar  
Comisionada Adjunta

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N° de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección principal del solicitante \_\_\_\_\_

Formulario completado por \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿El solicitante tiene un tutor legal?  No  Sí\*

*\*Si la respuesta es Sí, complete lo que sigue a continuación y proporcione una copia del Pedido de tutela junto con la solicitud.*

Nombre \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Relación con la persona \_\_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN SOBRE LA OCUPACIÓN Y LA RESIDENCIA DEL SOLICITANTE**

Lugar de nacimiento (hospital, ciudad, estado o condado si nació fuera de los EE. UU.)

\_\_\_\_\_

Si nació fuera de los EE. UU., ¿el solicitante es ciudadano de los EE. UU.?  Sí  No

Si la respuesta es No, ¿el solicitante es un residente extranjero permanente?  Sí  No

Si el solicitante tiene un tutor legal, ¿el tutor legal es residente legal permanente de New Jersey?  Sí  No  No tiene tutor legal

¿El solicitante recibe actualmente servicios de alguna agencia en algún estado que no sea New Jersey?  Sí  No  Si la respuesta es Sí:

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_

¿El solicitante recibe actualmente servicios del Departamento de Niños y Familias de New Jersey?  Sí  No Si la respuesta es Sí, especificar los servicios:

\_\_\_\_\_



ESTADO DE NEW JERSEY

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CHRIS CHRISTIE  
GOBERNADOR

KIM GUADAGNO  
VICE  
GOBERNADORA

PO BOX 726  
TRENTON, NJ 08625-0726

Jennifer Velez  
COMISIONADA

Dawn Apgar  
Comisionada Adjunta

¿El solicitante vive en un programa residencial? \_\_\_\_\_ Sí\* \_\_\_\_\_ No

*\*Si la respuesta es Sí, complete*

Tipo de colocación \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_

Fuente de financiamiento \_\_\_\_\_

¿El solicitante tiene empleo? \_\_\_\_\_ Sí\* \_\_\_\_\_ No

*\*Si la respuesta es Sí, complete*

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

¿El solicitante asiste a una escuela o a un programa de día? \_\_\_\_\_ Sí\* \_\_\_\_\_ No

*\*Si la respuesta es Sí, complete*

Tipo de programa \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del programa/de la escuela \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Recibe servicios de la DVR? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿La DVR lo ayudó con servicios de día o empleo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿La DVR lo ayudó con servicios de día o empleo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**2. INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Y EL SEGURO DEL SOLICITANTE**

Número de Medicaid del solicitante \_\_\_\_\_

*(Nota: no es el número de su tarjeta de Medicaid. Comuníquese con Medicaid de New Jersey al 800-356-1561 para obtener su número de Medicaid).*

Fecha de elegibilidad para Medicaid \_\_\_\_\_

Si no tiene Medicaid, ¿ya lo solicitó? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No\*

*\*Si no tiene Medicaid, ¿planea solicitarlo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No*

*(Nota: no podrá recibir servicios sin Medicaid).*

¿Tiene Medicare? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No *Si la respuesta es Sí: Número de Medicare \_\_\_\_\_*

¿Tiene un seguro privado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

*Si la respuesta es Sí:*

Nombre de póliza

Número de póliza

Número de teléfono

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ESTADO DE NEW JERSEY

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CHRIS CHRISTIE  
GOBERNADOR

KIM GUADAGNO  
VICE  
GOBERNADORA

PO BOX 726  
TRENTON, NJ 08625-0726

Jennifer Velez  
COMISIONADA

Dawn Apgar  
Comisionada Adjunta

¿Tiene beneficios de la Administración del Seguro Social por Muerte o Discapacidad (SSA/SSDI)?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es Sí: N° de reclamación \_\_\_\_\_ Cantidad recibida por mes: \$ \_\_\_\_\_

Si la respuesta es No: \_\_\_\_\_ Nunca los solicitó \_\_\_\_\_ Solicitud pendiente \_\_\_\_\_ No es elegible

¿Tiene beneficios del Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es Sí, complete

N° de reclamación \_\_\_\_\_ Cantidad recibida por mes: \$ \_\_\_\_\_

Si la respuesta es No, complete

\_\_\_\_\_ Nunca los solicitó \_\_\_\_\_ Solicitud pendiente \_\_\_\_\_ No es elegible

Si el solicitante recibe SSA/SSDI o SSI, ¿hay un beneficiario representante? Sí\* No

\*Si la respuesta es Sí, complete

<b>Beneficio</b>	<b>Nombre</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Relación</b>
------------------	---------------	------------------	-----------------	-----------------

N. 1 \_\_\_\_\_

N. 2 \_\_\_\_\_

**3. INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LA FAMILIA DEL SOLICITANTE**

Padre: \_\_\_\_\_ Vive \_\_\_\_\_ Fallecido

Si vive, complete lo siguiente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección, si fuera distinta a la del solicitante \_\_\_\_\_ Teléfono (Hogar)

\_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Móvil) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

N. del Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Es veterano? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Estado civil \_\_\_\_\_

¿Su padre es un contacto de emergencia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Madre: \_\_\_\_\_ Vive \_\_\_\_\_ Fallecida

Si vive, complete lo siguiente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección, si fuera distinta a la del solicitante \_\_\_\_\_ Teléfono (Hogar)

\_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Móvil) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

N. del Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Es veterana? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Estado civil \_\_\_\_\_



ESTADO DE NEW JERSEY

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CHRIS CHRISTIE  
GOBERNADOR

KIM GUADAGNO  
VICE  
GOBERNADORA

PO BOX 726  
TRENTON, NJ 08625-0726

Jennifer Velez  
COMISIONADA

Dawn Apgar  
Comisionada Adjunta

Estado civil/apellido de soltera: \_\_\_\_\_ ¿Su madre es un contacto de emergencia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Otros miembros del hogar del solicitante (no incluya padres si se los incluyó anteriormente)

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____

# DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE NEW JERSEY – DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

Este formulario DEBE ser completado por un profesional médico (personal médico de DC, médico privado, enfermero, psiquiatra, psicólogo, etc.).

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN (con letra de imprenta clara)		
Nombre de la persona:	Fecha de nacimiento:	
N° de DDD:	Últimos 4 dígitos del N° del Seguro Social:	Primera edad de aparición:

## MARQUE CON UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

PRINCIPALES CÓDIGOS CIE-9	CÓDIGO CIE-9	CIE-10 CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO	PRINCIPALES CÓDIGOS CIE-9	CÓDIGO CIE-9	CIE-10 CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO
Abetalipoproteinemia	272.5	E78.6	Síndrome de Hallervorden-Spatz	333.0	G23.0
Acrocefalosindactilia (síndrome de Apert)	755.55	Q87.0	Lesión en la cabeza, sin especificar – Edad de aparición: _	959.01	S09.90XA
Adrenoleucodistrofia	277.86	E71.529	Hemiplejía, sin especificar	342.9	G81.90
Deficiencia de arginasa	270.6	E72.21	Holoprosencefalia	742.2	Q04.2
Agenesia del cuerpo calloso	742.2	Q04.3	Homocistinuria	270.4	E72.11
Agenesia del Septum Pellucidum	742.2	Q04.3	Enfermedad de Huntington	333.4	G10
Argiria/Paquigiria/Microgiria	742.2 o 758.33	Q04.3	Síndrome de Hurler	277.5	E76.01
Síndrome de Aicardi	333	G23.8	Síndrome de hiperamonemia	270.6	E72.4
Embriopatía alcohólica y fetopatía	760.71	F84.5	Enfermedad de células-I	272.2	E77.0
Anencefalia	655.0	Q00.0	Distonía idiopática de torsión	333.6	G24.1
Síndrome de Angelman	759.89	Q93.5	Incontinencia pigmentaria	757.33	Q82.3
Síndrome de Asperger	299.8	F84.5	Parálisis cerebral infantil, sin especificar	343.9	G80.9
Ataxia-Telangiectasia	334.8	G11.3	Epilepsia intratable	345.1	G40.309
Autismo (autismo infantil, psicosis infantil, síndrome de Kanner)	299.0	F84.0	Síndrome de Klinefelter	758.7	Q98.4
Deficiencia de biotinidasa	277.6	D84.1	Enfermedad de Krabbe	333.0	E75.23
Enfermedad de Canavan	330.0	E75.29	Enfermedad de Kugelberg-Welander	335.11	G12.1
Síndrome de Carpenter	759.89	Q87.0	Síndrome de Larsen	755.8	Q74.8
Parálisis cerebral, sin especificar	343.69	G80.9	Síndrome de Leigh	330.8	G31.82
Parálisis cerebral, hemiplejía, congénita	343.1	G80.2	Síndrome de Lesch-Nyhan	277.2	E79.1
Parálisis cerebral, paraplejía, congénita	343	G80.1	Lisencefalia	742.2	Q04.3
Parálisis cerebral, cuadriplejía	343.2	G80.0	Síndrome de Lowe (Terrey MacLachlan - distrofia óculo-cerebro-renal)	270.8	E72.03
Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth	356.1	G60.0	Síndrome de Marfan	759.82	Q87.40
Síndrome de CHARGE	759.89	Q89.8	Megalencefalia	742.4	Q04.5
Síndrome de Cockayne	759.89	Q89.8	Enfermedad de Menkes (ligada al cromosoma X)	275.1	E83.09
Síndrome de Coffin-Lowry	759.89	Q89.8	Leucodistrofia metacromática	330.0	E75.25
Defectos congénitos de la glicosilación	279.03	D80.3	Aciduria metilmalónica (acidemia)	270.3 o 270.7	E71.120
Síndrome de Cornelia de Lange	759.89	Q89.8	Microencefalia	742.1	Q02
Síndrome del maullido de gato	758.31	Q93.4	Discapacidad intelectual leve	317.0	F70
Síndrome de Crouzon	756.0	Q75.1	Pérdida auditiva neurosensorial y conductiva mixta	389.2	H90.8
Síndrome de DiGeorge	279.11	D82.1	Discapacidad intelectual moderada	318.0	F71
Síndrome de Down	758.0	Q90.9	Deterioro moderado o grave, en el ojo con mejor vista, deterioro profundo en el ojo con peor vista	369.1	H54.10
Síndrome de Dubowitz	742.8	Q07.8	Mucopolidosis tipo IV	330.1	E75.11
Distrofia muscular de Duchenne	359.1	G71.0	Mucopolisacaridosis (síndrome de Hunter, síndrome de Hurler, síndrome de Scheie)	277.5	E76.01
Distonía muscular deformante	333.6	G24.1	Distrofia neuroaxonal	333	G23.0
Encefalopatía; no se clasificó en otro lugar	348.3	G93.40	Neurofibromatosis (enfermedad de von Recklinghausen)	237.71	Q85.01
Epilepsia, sin especificar	345.9	G40.90	Heterotopia neuronal	742.8	Q07.8
Síndrome de alcoholismo fetal	760.71	Q86.0	Enfermedad Niemann-Pick	272.7	E75.249
Síndrome del cromosoma X frágil	759.83	Q99.2	Síndrome de Noonan	759.81	Q87.1
Ataxia de Friedreich	334.0	G11.1	Otra degeneración cerebral	331.8 o 349.89	G32.89 (sin específica)
Fucosidosis	271.8	E77.1	Otras anomalías cromosómicas; no se clasificó en otro lugar	758.89	Q99.8
Enfermedad de Gaucher	272.7	E75.22	Otros trastornos del metabolismo de la purina y la pirimidina (Síndrome de Lesch-Nyhan)	277.2	E79.1
Epilepsia convulsiva generalizada	345.1	G40.309	Otras anomalías especificadas (síndrome de Cornelia de Lange, síndrome de Seckel)	759.9	Q87.1
Epilepsia no convulsiva generalizada	345.0	G40.401	Otras anomalías especificadas del sistema nervioso (disautonomía familiar, síndrome de Riley-Day)	742.8	G90.1
Disgenesia gonadal (síndrome de Turner)	758.6	Q96.9	Otras degeneraciones cerebrales especificadas durante la infancia (enfermedad de Alper o degeneración de materia gris, encefalomielopatía necrotizante infantil, enfermedad de Leigh, encefalopatía necrotizante)	330.8	G31.81
Crisis convulsivas de gran mal	345.3	G40.409	Otros trastornos generalizados del desarrollo especificados (trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica, cuasi psicosis)	299.8	F84.5



MARQUE CON UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES					
Otras enfermedades espino-cerebrales (Ataxia-Telangiectasia [síndrome de Louis-Bar])	334.8	G11.3	Espina bífida sin presencia de hidrocefalia	741.9	Q05.8
Paraplejía (parálisis de los miembros inferiores)	344.1	G82.20	Lesión de la médula espinal (inicial)	952.9	S14.109A
Epilepsia parcial, con deterioro de la conciencia (epilepsia psicomotora)	345.4	G40.201	Atrofia muscular espinal, sin especificar	335.1	G12.1
Síndrome de Patau	758.1	Q91.7	Síndrome de Sturge-Weber	759.6	Q85.8
Trastorno generalizado del desarrollo-sin especificación (NOS)	299.9	F84.9	Distonía de torsión sintomática (parálisis cerebral atetoide)	333.7	G80.3
Enfermedad de Pick	331.11	G31.01	Enfermedad de Tay-Sachs	330.1	E75.02
Acidemia propiónica	270.3	E71.121	Síndrome de Torch	760.02	P00.2
Síndrome de Prader-Willi	759.81	Q87.1	Trisomía 13	758.1	Q91.13
Discapacidad intelectual profunda	318.2	F73	Trisomía 18 (síndrome de Edwards)	758.2	Q91.3
Deficiencia de piruvato deshidrogenasa (láctico, pirúvico)	271.8	E74.4	Esclerosis tuberosa	759.5	Q85.1
Cuadriplejía y cuatriparemia	344.00	G82.5	Sin especificar (ceguera traumática NOS)	950.9	S04.019A
Enfermedad de Refsum	356.3	G60.1	Anomalía sin especificar del cerebro, la médula espinal y el sistema	742.9	Q07.9
Síndrome de Rett	330.8	F84.2	Causa sin especificar de la encefalitis	323.9	G04.90
Síndrome de Rubinstien-Taybi	759.89	Q87.2	Retraso sin especificar en el desarrollo (trastorno de desarrollo NOS)	315.9	F89
Enfermedad de Sandhoff	330.1	E75.01	Enfermedad sin especificar de la médula espinal	336.9	G95.9
Síndrome de Sanfillippo	277.5	E76.22	Discapacidad intelectual sin especificar	319	F79
Enfermedad de Schindler de tipo 1	271.8	E77.1	Trastorno generalizado del desarrollo sin especificar (trastorno generalizado del desarrollo NOS)	299.9	F84.9
Schizencefalia	742.4	Q04.6	Fenilcetonuria sin tratar	270.1	E70.0
Síndrome de Seckel	759.89	Q87.1	Defectos del ciclo de la urea	270.6	E72.20
Displasia septo-óptica	742.4	Q04.4	Síndrome de Usher de tipo II	694.4	L10.4
Lesión al sistema nervioso central hipóxica isquémica grave	768.73	P91.63	Síndrome de Vater	759.89	Q87.2
Discapacidad intelectual grave	318.1	F72	Síndrome de Werdnig-Hoffman	335.0	G12.0
Síndrome Sjogren-Larsson	757.1	Q80.9	Síndrome de Williams-Beauren	758.9	Q87.8
Hemiplejía espástica	342.1	G80.2	Enfermedad de Wilson	275.1	E83.01
Enfermedad de Spielmeyer-Vogt	330.1	E75.4	Síndrome de Zellwager	277.86	E71.510
Espina bífida	741	Q05	Problema o trastorno psiquiátrico		F99

Descripción del diagnóstico (que no se menciona en las páginas anteriores) relacionado con la discapacidad del desarrollo):

---



---



---

Código(s): \_\_\_\_\_

Mi firma en este documento certifica que el diagnóstico identificado se basa en documentación y evaluaciones médicas o documentación y evaluaciones médicas establecidas.

Comprendo que la información de este documento y de la documentación de apoyo será utilizada por la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) para certificar el reembolso federal por servicios brindados a la persona identificada en este formulario. Este formulario no garantiza la elegibilidad ni los servicios por parte de la DDD. Mi firma certifica que la información es precisa en función de la opinión médica respaldada por los registros médicos.

Nombre en letra de imprenta del profesional médico

Firma del profesional médico

Fecha  
(Formulario CIE-10 revisado el 1/24/14)

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS  
HUMANOS DEL ESTADO DE NEW JERSEY**

P O Box 700  
Trenton, NJ 08625  
609-777-2026

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

En vigencia: 23 de septiembre de 2013

## **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

Este aviso aplica a personas, tutores legales o padres de niños menores que reciban servicios del Departamento de Servicios Humanos, y describe cómo puede utilizarse y divulgarse información médica sobre usted y cómo usted puede acceder a esa información. **Revise esta información detenidamente.**

### **Sus derechos**

Si bien su registro médico es propiedad física del Departamento de Servicios Humanos, la información que se encuentra en dicho registro le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de sus registros médicos en papel o formato electrónico
- Corregir sus registros médicos en papel o formato electrónico
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que compartimos su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a una persona para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad

### **Sus opciones**

Tiene algunas opciones sobre la manera en que usamos y compartimos la información cuando realizamos lo siguiente:

- Informamos a familiares y amigos sobre su afección
- Proporcionamos servicios de salud para situaciones de desastre
- Lo incluimos en un directorio de hospitales
- Proporcionamos atención de salud mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Recaudamos dinero

### **Nuestros usos y divulgaciones**

Es posible que usemos y compartamos su información cuando realizamos lo siguiente:

- Nos hacemos cargo de su tratamiento
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos sus servicios

- Ayudamos con problemas de seguridad y salud pública
- Realizamos investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a solicitudes de donaciones de órganos y tejido
- Trabajamos con un director de funeraria o examinador médico
- Tratamos compensaciones al trabajador, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Respondemos a acciones legales y demandas

## **Sus derechos**

**Cuando se trata de la información de su salud, usted tiene ciertos derechos.** A modo de ayuda, esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

### **Obtener una copia de sus registros médicos en papel o formato electrónico**

- Puede solicitar ver u obtener una copia en papel o formato electrónico de sus registros médicos y otra información de salud sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable en función de los costos.

### **Solicitar que corrijamos su registro médico**

- Puede solicitar que corrijamos su información de salud cuando crea que es incorrecta o está incompleta.  
Consúltenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le indicaremos la causa por escrito en un plazo de 60 días.

### **Solicite comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitar que lo contactemos de un modo específico (por ejemplo, al teléfono del hogar o del trabajo) o que le enviemos correos a una dirección distinta.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

### **Solicitar que limitemos la información que usamos o compartimos**

- Puede solicitar que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar esta solicitud y podemos rechazarla si podría afectar su atención.
- Si paga un servicio o elemento de atención médica completamente de su bolsillo, puede solicitar que no compartamos esa información a fines de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora. Aceptaremos la solicitud a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

### **Obtener una lista de las personas con las que compartimos información**

- Puede solicitar una lista (un conteo) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de la solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con las operaciones de atención médica, pago, tratamiento y algunas otras divulgaciones (como las que nos pueda solicitar que realicemos). Proporcionaremos un conteo por año sin cargo, pero le cobraremos una tarifa razonable, en función de los costos, si solicita otra antes del año.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo en formato electrónico. Le proporcionaremos la copia en papel inmediatamente.

### **Elegir a una persona para que actúe en su nombre**

- Si le proporcionó poder notarial para asistencia médica a una persona o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Antes de tomar cualquier medida, nos aseguraremos de que esa persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre.

### **Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos**

- Si siente que hemos violado sus derechos, puede comunicarse con nosotros usando la información en la página 1 para presentar una queja.
- Puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamando al 1- 877-696-6775; o visitando el sitio [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.

## **Sus opciones**

### **Para cierto tipo de información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.**

Comuníquese con nosotros si tiene preferencias claras sobre el modo en que compartimos su información en las situaciones que se mencionan a continuación. Indíquenos qué hacer y cumpliremos con sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos lo siguiente:

- Que compartamos información con familiares, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Que compartamos información en situaciones de desastre que requieran servicios de salud.
- Que incluyamos su información en un directorio de hospitales.

*Si no puede indicarnos sus preferencias, como en el caso de que esté inconsciente, procederemos a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También es posible que compartamos su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos proporcione permiso por escrito:

- Para fines de comercialización.
- Para vender su información.
- Para compartir notas de psicoterapia.

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede indicarnos que no lo contactemos nuevamente.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

### **¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?**

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud en las siguientes situaciones.

#### **Lo tratamos**

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo traten.

*Ejemplo: en su registro se asentará toda la información que una enfermera, un médico u otro miembro del equipo de atención de la salud haya recopilado. Esta información puede utilizarse para determinar su diagnóstico o el tratamiento que mejor se adapte a su situación. Un médico u otro profesional de atención de la salud pueden compartir su información con otros profesionales de atención de la salud que pertenezcan o no al Departamento de Servicios Humanos para determinar su diagnóstico o tratamiento.*

#### **Dirigimos nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para realizar nuestras prácticas, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: los miembros del personal médico, el gerente de riesgo o de mejora de la calidad, o los miembros del equipo de mejora de la calidad pueden utilizar la información de sus expedientes médicos para evaluar la atención y los resultados de su caso, y asuntos similares.*

#### **Facturamos sus servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener un pago de planes de salud o de otras entidades.

*Ejemplo: le podemos enviar la factura a usted o a un tercero a cargo del pago. La información que acompaña la factura puede incluir información personal que lo identifique, así como el diagnóstico, los procedimientos y los suministros utilizados.*

## **¿De qué otro modo podemos usar o compartir su información de salud?**

Contamos con el permiso o la obligación de compartir su información de otras maneras que, por lo general, contribuyen al bien público, como a la investigación y la salud pública. Debemos cumplir con diversas condiciones establecidas por la ley antes de poder compartir su información para esos fines. Para obtener más información consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Ayudamos con problemas de seguridad y salud pública**

Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones, tales como las siguientes:

- Prevención de enfermedades
- Colaboración con el retiro del mercado de un producto
- Informes de reacciones adversas a medicamentos
- Informes de violencia doméstica, negligencia o sospecha de abuso
- Prevención o disminución de una amenaza grave a la seguridad o la salud de cualquier persona

### **Socios comerciales**

Nuestra organización brinda algunos servicios a través de contratos con socios comerciales:

- Entre estos socios se encuentran nuestros contadores, consultores y abogados.
- Es posible que divulguemos su información de salud a nuestros socios para que puedan realizar las tareas que les encarguemos.
- No obstante, solicitamos que los socios comerciales protejan su información adecuadamente.

### **Realizamos investigaciones**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud, siempre que la investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido los protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

### **Cumplimos con la ley**

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, en el caso de que desee corroborar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### **Respondemos a solicitudes de donaciones de órganos y tejido**

Podemos compartir su información de salud con organizaciones para la procuración de órganos.

### **Trabajamos con un director de funeraria o examinador médico**

Podemos compartir la información de salud con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando la persona muera.

## **Tratamos compensaciones al trabajador, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno**

Podemos usar o compartir su información de salud en los siguientes casos:

- Para reclamos de compensación al trabajador
- A fines de cumplimiento de la ley o con un miembro de la fuerza pública
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios de protección presidencial, de seguridad nacional y militares
- En caso de que usted sea recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o a los agentes correspondientes toda la información de salud que sea necesaria para su salud, y para la salud y la seguridad de otras personas.

## **Respondemos a acciones legales y demandas**

Podemos compartir su información de salud a modo de respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación judicial.

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de la información protegida de salud.
- Le haremos saber inmediatamente si se produce una violación que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las prácticas de privacidad y los deberes descritos en este aviso y le proporcionaremos una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otro modo que no sea el descrito, a menos que nos indique por escrito que lo hagamos. Si nos da su autorización, puede cambiar de idea en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de idea.

Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia.

Fecha de entrada en vigencia de este aviso: 23 de septiembre de 2013

**Departamento de Servicios Humanos de New Jersey,  
División de Discapacidades del Desarrollo**

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE  
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este formulario debe firmarse al recibir el Aviso de prácticas de privacidad y debe enviarse a la División de Discapacidades del Desarrollo de New Jersey. Si el solicitante es menor de 18 años, un padre o tutor legal deberá firmarlo. Si el solicitante es mayor de 18 años, el solicitante o tutor legal deberá firmarlo.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de  
imprenta o a máquina), por el presente, reconozco haber recibido el Aviso de prácticas de  
privacidad el \_\_\_\_\_.

Soy (marque una opción):

\_\_\_\_\_  
Solicitante                      Padre (si el solicitante es menor de 18 años)                      Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Marca o firma del solicitante, padre o tutor legal\*                      Fecha

Si fue firmado por otra persona que no sea el solicitante:

\_\_\_\_\_  
Nombre el solicitante (en letra de imprenta)

Si se proporciona una marca:

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (en letra de imprenta)



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE  
SALUD A FAMILIARES Y PERSONAS INVOLUCRADAS

Autorizo el uso/la divulgación de información de salud sobre:

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Persona(s) autorizadas a usar, divulgar o recibir información, incluso el tutor legal, si corresponde:

<b>Contacto principal:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____ Relación: _____	<b>Contacto alternativo:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____ Relación: _____
<b>Otro contacto:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____ Relación: _____	<b>Otro contacto:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____ Relación: _____

Si es necesario, adjunte hojas adicionales.

2. Autorizo al personal de la DDD a comunicarse con el contacto principal o el contacto alternativo, por teléfono, para dar asesoramiento sobre cualquier enfermedad, lesión o incidente que pueda necesitar autorización o atención inmediata.
3. Autorizo al personal de la DDD a proporcionar la cantidad mínima necesaria de información de salud a las personas mencionadas anteriormente o las personas con permiso para realizar visitas.
4. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negación a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios o servicios. Puedo revisar o copiar cualquier información escrita usada/divulgada conforme a esta autorización.

5. Comprendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o no forma parte de un plan de salud cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente podrá volver a divulgarse y dejará de estar protegida por esas regulaciones. Sin embargo, es posible que el destinatario tenga prohibido divulgar información sobre abuso de sustancias conforme a los requisitos de las normas federales de confidencialidad de abuso de sustancias.
6. Comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto por las acciones que pudieran haberse realizado conforme a dicha autorización. La solicitud para revocar esta autorización debe proporcionarse al funcionario de privacidad de la DDD. La revocación entrará en vigencia en la fecha en la que el funcionario de privacidad reciba la solicitud.
7. La autorización vence el \_\_\_\_\_ o un año después de la fecha de la firma de la persona o su tutor legal.
8. Se conservará una copia completa de este formulario en el registro del cliente.
9. Información para tutores legales: si la persona que recibe los servicios tiene más de 18 años y usted indicó que usted es tutor legal de esa persona, debe adjuntar al formulario una copia de la Designación de tutela.

Firma (o marca) de  
la persona o el tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal\* (si corresponde): \_\_\_\_\_

\*Debe adjuntarse una copia de la Designación de tutela válida.

Si se proporciona una marca en lugar de una firma, la marca debe contar con un testigo:

Firma del testigo (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre/cargo del testigo: \_\_\_\_\_

C: trabajador social - Programa  
residencial original (si corresponde)  
Programa de día (si corresponde)



**Acuerdos sobre esta autorización:**

1. Esta autorización es voluntaria y comprendo que la DDD no puede condicionar el tratamiento en función de la firma de esta autorización, a menos que la autorización sea para: (a) tratamientos relacionados con la investigación, o (b) únicamente para los fines de crear información de salud para el uso o la divulgación a un tercero.
2. Esta autorización vence \_\_\_\_\_ (fecha que determinará la persona que firme este formulario), a partir de la fecha de mi firma a continuación.
3. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por medio de la notificación a la DDD por escrito, pero, en caso de hacerlo, no tendrá ningún efecto sobre ninguna medida tomada antes del momento en que la DDD reciba la revocación.
4. Acepto anular todas las reclamaciones contra la agencia/instalación de la DDD por la divulgación de la información solicitada.
5. Comprendo que una vez que la información descrita en el presente se divulgue, es posible que deje de estar sujeta a protecciones de privacidad administradas por la DDD en el caso de que el destinatario de la información no sea un plan de salud, un proveedor de atención médica, un centro de intercambio de información ni un socio comercial con un contrato con la DDD.
6. Comprendo que si solicito que se copien los registros y me los envíen, la DDD hará un esfuerzo de buena fe para enviarme esos registros en una cantidad de tiempo razonable.
7. Comprendo que si deseo que se hagan copias de los registros, la DDD puede cobrar una tarifa por copiar los registros.

**\*Firma (o marca) de la persona, el padre del menor, el tutor legal o la persona con el poder notarial que realice esta solicitud (marque con un círculo la función correcta):**

\_\_\_\_\_

**Fecha de la firma:**

**Número de teléfono:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Nombre en letra de imprenta de la persona que realiza la solicitud)

**\*Si se proporciona una marca en lugar de una firma, la marca debe contar con un testigo:**

Firma del testigo (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Cargo del testigo: \_\_\_\_\_

**\*Si la persona que realiza la solicitud es un tutor o tiene un poder notarial, debe adjuntarse una copia del poder notarial o de la designación de tutela válida.**

**Consentimiento para divulgar**  
**información a la**  
**División de Discapacidades del Desarrollo**

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo permiso por la presente para que  
(persona, padre del menor de 18 años, tutor legal o poder notarial)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona, institución, agencia u otro titular de la información que se divulgará)

divulgue informes, evaluaciones, resúmenes u otra información descrita a continuación con respecto a la solicitud de \_\_\_\_\_ de elegibilidad para servicios proporcionados a través de la División de Discapacidades del Desarrollo de New Jersey.

Información que se divulgará:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta información se divulgará a:

\_\_\_\_\_, trabajador social encargado de la recepción División de Discapacidades del Desarrollo de New Jersey

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma o marca:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del testigo (si tiene marca):** \_\_\_\_\_

**Nombre del testigo en letra de imprenta (si tiene marca):** \_\_\_\_\_

**Si no es la persona nombrada anteriormente, relación:** \_\_\_\_\_

**Nota:** la información recibida mediante esta divulgación está sujeta a las regulaciones de confidencialidad de la División y no puede divulgarse fuera de la División sin permiso escrito, a menos que así lo indique el N.J.A.C. 10:41 y siguientes.