



# Office for People With Developmental Disabilities

## SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN LA EXENCIÓN DE SERVICIOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD (HCBS) DE LA OPWDD

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

Dirección actual: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de Medicaid: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Marque aquí si no está afiliado a Medicaid.

Por medio de la presente, solicito participar en la Exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) que administra la Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo del Estado de Nueva York. Comprendo que la aprobación estará basada en mi elección de los Servicios en el Hogar y en la Comunidad por sobre la atención en un Centro de Cuidados Intermedios y en las pruebas que acrediten lo siguiente:

- la existencia de discapacidades de desarrollo;
- la elegibilidad para el ingreso en un Centro de Cuidados Intermedios;
- la elegibilidad para la inscripción en Medicaid;
- la elección de un prestador de administración de la atención;
- la disponibilidad de servicios en la comunidad adecuados;
- y
- una situación de vivienda adecuada.

Fecha de presentación registrada de la solicitud para la exención de servicios HCBS: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante (en imprenta): \_\_\_\_\_

Atendido por (firma): \_\_\_\_\_

Atendido por (en imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que lo atendió: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_