



Solicitud **COMPLETA** para la determinación de la elegibilidad

¿Debo usar la solicitud **COMPLETA** o la **CORTA**?

Use la Solicitud **COMPLETA** si tiene 18 años o más y:

- No solicitó anteriormente servicios para discapacidades del desarrollo ni a la División de Discapacidades del Desarrollo de NJ ni al Sistema de Cuidado de Niños de NJ (PerformCare).
-O-
- Recibió un servicio a través del Sistema de Cuidado de Niños de NJ (PerformCare), pero nunca completó la *Solicitud de PerformCare para determinar la elegibilidad para niños menores de 18 años*.

Use la Solicitud **CORTA** si tiene 18 años o más y:

- Solicitó anteriormente servicios para discapacidades del desarrollo a la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) de NJ y la DDD le notificó que era elegible.
-O-
- Solicitó anteriormente servicios para discapacidades del desarrollo a través del Sistema de Cuidado de Niños de NJ (PerformCare) y PerformCare le notificó que era elegible.

Para saber si ya solicitó y es elegible para los servicios a través del Sistema de Cuidado de Niños de NJ, llame a PerformCare al **877-652-7624**.

Para averiguar si ya solicitó y es elegible para los servicios a través de la DDD, llame a Admisiones de la DDD al **800-832-9173** (cuando se le solicite, presione 2, luego presione el número de su condado).

El Cronograma de Graduados de la DDD contiene información para estudiantes de 16 a 21 años y sus familias: www.nj.gov/humanservices/ddd/assets/documents/graduates-timeline.pdf

Ya sea que use la solicitud **COMPLETA** o **CORTA**, es posible que la DDD aún necesite comunicarse con usted para obtener más información.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

- La solicitud puede ser completada por una persona mayor de 18 años, o por un tutor o representante que actúe en nombre de una persona mayor de 18 años.
- Un solicitante mayor de 18 años y legalmente su propio tutor debe firmar la solicitud y los formularios. (Si un solicitante recibe asistencia para completar la solicitud, la persona que lo asiste debe firmar en la línea de testigos).
- Si tiene preguntas sobre la solicitud o necesita ayuda para completarla, comuníquese con la Unidad de Admisiones de la Oficina de Servicios Comunitarios de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) de su condado.
- Envíe la solicitud completada y firmada y toda la documentación de respaldo por correo electrónico o por correo postal:

POR CORREO ELECTRÓNICO: Escanee la solicitud y la documentación firmadas y envíelas como archivos adjuntos a DDD.NJApply@dhs.nj.gov. Incluya en la línea del asunto: Intake Application, iniciales del solicitante, condado de residencia (Ejemplo: Intake Application JS Mercer County).

POR CORREO POSTAL: Envíe por correo postal la solicitud firmada y copias de la documentación a la Unidad de Admisiones de la DDD, en la Oficina de Servicios Comunitarios del condado de residencia del solicitante:

Condados aceptados	Ubicaciones de las Oficinas de Servicios Comunitarios
Morris, Sussex, Warren	OFICINA DE FLANDERS: 1 Laurel Drive Flanders, NJ 07836 Teléfono: 973.927.2600
Bergen, Hudson, Passaic	OFICINA DE PATERSON: 100 Hamilton Plaza, 7th Floor Paterson, NJ 07505 Teléfono: 973.977.4004
Essex	OFICINA DE NEWARK: 153 Halsey St., 2nd FL, PO Box 47013, Newark, NJ 07101 Teléfono: 973.693.5080
Somerset, Union	OFICINA DE PLAINFIELD: 110 East 5th Street, Plainfield, NJ 07060 Teléfono: 908.226.7800
Monmouth, Ocean	OFICINA DE FREEHOLD: Juniper Plaza, Suite 1-J, 3499 Route 9 North, Freehold, NJ 07728 Teléfono: 732.863.4500
Hunterdon, Mercer, Middlesex	OFICINA DE TRENTON: PO Box 705, Trenton, NJ 08625 Teléfono: 800.832.9173
Atlantic, Cape May, Cumberland, Salem	OFICINA DE MAYS LANDING: 5218 Atlantic Avenue, Suite 205, Mays Landing, NJ 08330 Teléfono: 609.476.5200
Burlington, Camden, Gloucester	OFICINA DE VOORHEES: 2 Echelon Plaza, 221 Laurel Rd, Suite 210, Voorhees, NJ 08043 Teléfono: 856.770.5900

SOLICITUD COMPLETA - QUÉ NECESITA

Solicitud y formularios

- Solicitud completa
- Aviso de Prácticas de Privacidad (consérvelas para sus registros)
- FORMULARIO A: Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad
- FORMULARIO B: Autorización para la Divulgación de Información Médica
- FORMULARIO C: Autorización para la Divulgación de Registros Médicos
- FORMULARIO D: Consentimiento para la Divulgación de Información a la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD)
- Oportunidad de Registro de Votantes de New Jersey
- Solicitud de Registro de Votantes de New Jersey

Documentación de la División de Discapacidades del Desarrollo

Incluya toda la documentación a continuación posible que se relacione con la discapacidad de desarrollo del solicitante. Cuanta más documentación se proporcione, más fácil será para la DDD procesar la solicitud.

Necesaria	Útil pero no necesaria
<ul style="list-style-type: none">• Documentación médica de la discapacidad• Evaluación psicológica más reciente (+ puntajes de IQ)• Evaluaciones neurológicas• Informes escolares o del equipo de estudio para niños más recientes• Evaluaciones psiquiátricas• Evaluaciones de la División de Servicios de Rehabilitación Vocacional (Division of Vocational Rehabilitation Services, DVRS)• Todos los informes psicológicos disponibles	<ul style="list-style-type: none">• Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program, IEP) más reciente• Evaluaciones de terapia del habla• Evaluaciones de terapia ocupacional• Evaluaciones de fisioterapia• Registros hospitalarios• Resúmenes sociales

Documentación de elegibilidad para Medicaid

- Carta de concesión anual de Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Carta de aprobación de Medicaid
- Copia de la tarjeta de identificación de beneficios de salud (tarjeta de Medicaid)

Si el solicitante ha tenido dificultades para obtener Medicaid, comuníquese con el Servicio de Asistencia de Elegibilidad de Medicaid de la DDD: DDD.MediEligHelpdesk@dhs.nj.gov.

Documentación de edad, ciudadanía estadounidense, residencia en NJ

- Nota: el solicitante debe ser residente permanente de New Jersey para solicitar los servicios a través de la DDD.
- Copia de certificado de nacimiento
- Copia de la tarjeta del Seguro Social O comprobante de ciudadanía estadounidense O tarjeta verde (green card)
- Copia de uno de los siguientes documentos:
 - Identificación con fotografía actual de la Comisión de Vehículos Motorizados de NJ
 - Talón de pago
 - Formulario W2
 - Factura de impuestos sobre los bienes raíces (solo si el solicitante es dueño de una propiedad)
 - Órdenes de reubicación a New Jersey permanente (si el tutor legal del solicitante está en el ejército de los EE. UU.)
 - Tarjeta de registro de votante

Otra documentación, si corresponde

- Copia de la orden de tutela
- Registros/Evaluaciones de la División de Servicios de Rehabilitación Vocacional (Division of Vocational Rehabilitation Services, DVRS) de New Jersey (Formulario F3)

Evaluación NJCAT

Después de que la DDD haya recibido y revisado la solicitud y la documentación, y la información anterior haya sido aprobada (incluida una entrevista en persona, si el personal de admisión lo considera apropiado), la DDD programará una Herramienta de Evaluación Integral de New Jersey (New Jersey Comprehensive Assessment Tool, NJCAT).

SOLICITUD COMPLETA* PARA LA DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

*Use la Solicitud COMPLETA si no solicitó anteriormente servicios para discapacidades del desarrollo a través de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) o del Sistema de Cuidado de Niños de NJ (PerformCare).

SECCIÓN 1: DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

De acuerdo con el Estatuto Revisado, estado de New Jersey, Sección 30:4-25.2, se presenta una solicitud ante el Comisionado del Departamento de Servicios Humanos para una determinación de elegibilidad para los servicios prestados a través de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) de NJ para:

Nombre del solicitante: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, DECLARO LO SIGUIENTE:

1. Esta solicitud y todos los formularios enviados con ella se han completado con la mayor precisión posible.
2. Entiendo que tengo la oportunidad de apelar una determinación de inelegibilidad en virtud de 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 con el Solicitante antes indicado:

TITULAR TUTOR LEGAL DEL SOLICITANTE TRIBUNAL COMPETENTE

Firma del solicitante/tutor legal (o marca): _____ Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Cargo del testigo (si es agencia o representante del tribunal): _____

Solo para uso del personal de la DDD. El solicitante debe pasar a la Sección 2.

¿Se cumplen los criterios funcionales?

SÍ NO

¿Es elegible para Medicaid?

SÍ NO

¿Se cierra por falta de información?

SÍ NO

Firma del personal 1: _____ Fecha: _____

Cargo y unidad del personal 1: _____

Firma del personal 2: _____ Fecha: _____

Cargo y unidad del personal 2: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y ESTADO DE LA TUTELA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

SOLICITUD COMPLETA POR (si no fue completada por el Solicitante):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Puede la DDD comunicarse con usted, si es necesario, con respecto a esta solicitud? SÍ NO

ESTADO DE LA TUTELA*

¿Tiene el solicitante un tutor legal? SÍ NO En caso afirmativo, complete la información del tutor legal:

Nombre del tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

*Si el solicitante tiene un tutor legal, se debe incluir la orden de tutela.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LA OCUPACIÓN Y CIUDADANÍA DEL SOLICITANTE

INFORMACIÓN DE CIUDADANÍA

Lugar de nacimiento (hospital y estado O país si fue fuera de los EE. UU.): _____

Residente de New Jersey desde (fecha): _____

1. ¿Es el solicitante ciudadano estadounidense? SÍ NO
2. Si la respuesta es No, ¿tiene el solicitante una tarjeta verde (green card) válida? SÍ NO
3. Si el solicitante tiene un tutor legal, ¿es el tutor legal un residente legal permanente de New Jersey? SÍ NO

INFORMACIÓN SOBRE LA OCUPACIÓN

1. ¿Recibe el solicitante servicios de otras agencias federales, estatales o locales? SÍ NO

En caso **afirmativo**, proporcione la información para cada agencia:

Nombre de la agencia n.º 1: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la agencia n.º 2: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la agencia n.º 3: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

2. ¿Asiste el solicitante a la escuela? SÍ NO **En caso afirmativo**, proporcione información de la escuela:

Nombre de la escuela: _____

Dirección de la escuela: _____

Nombre de contacto en la escuela: _____ Teléfono de contacto: _____

3. ¿Tiene el solicitante un empleo? SÍ NO **En caso afirmativo**, proporcione información del empleador:

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Nombre de contacto del empleador: _____ Teléfono de contacto: _____

4. ¿Asistió la División de Rehabilitación Vocacional de NJ al solicitante con servicios de empleo/diurnos? SÍ NO
5. ¿Participa el solicitante en un Programa de Cuidados de Salud Residencial? (p. ej., DCF, DCP, vivienda con asistencia en la vida diaria, *refugio para personas sin hogar*) SÍ NO

En caso afirmativo, proporcione la información de la residencia:

Nombre de la residencia: _____ Tipo de residencia: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE MEDICAID Y SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE

(Para recibir servicios a través de la DDD, el solicitante debe obtener Medicaid. Si el solicitante tiene dificultades para obtener Medicaid, comuníquese con el Servicio de Asistencia de Elegibilidad de Medicaid de la DDD:

DDD.MediEligHelpdesk@dhs.nj.gov)

1. ¿Tiene el solicitante Medicaid? SÍ NO

Si la respuesta es NO, ¿ha solicitado Medicaid? SÍ NO

2. ¿Recibe el solicitante beneficios del Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)? SÍ NO

En caso afirmativo, monto mensual: \$ _____

Si la respuesta es NO, ¿cuál es el estado de la solicitud del SSDI?

NUNCA SOLICITÓ SOLICITUD PENDIENTE NO ELEGIBLE

3. ¿Recibe el solicitante beneficios de Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI)? SÍ NO

En caso afirmativo, monto mensual: \$ _____

Si la respuesta es NO, ¿cuál es el estado de la solicitud de SSI?

NUNCA SOLICITÓ SOLICITUD PENDIENTE NO ELEGIBLE

4. Si el solicitante recibe SSDI o SSI, ¿hay un beneficiario designado? SÍ NO

En caso afirmativo, proporcione la información del beneficiario designado:

BENEFICIARIO DESIGNADO PARA BENEFICIOS DEL SSDI

Nombre del beneficiario: _____ Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

BENEFICIARIO DESIGNADO PARA BENEFICIOS DE SSI

Nombre del beneficiario: _____ Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN 5: FAMILIA DEL SOLICITANTE

PADRE N.º 1 DEL SOLICITANTE

El padre n.º 1 del solicitante está: VIVO FALLECIDO (Si falleció, no se necesita la información)

Nombre del padre n.º 1: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Estado civil del padre n.º 1: CASADO DIVORCIADO VIUDO SOLTERO

¿Es el padre n.º 1 un veterano militar de los EE. UU.? SÍ NO ¿Es el padre n.º 1 un contacto de emergencia? SÍ NO

PADRE N.º 2 DEL SOLICITANTE

El padre n.º 2 del solicitante está: VIVO FALLECIDO (Si falleció, no se necesita la información)

Nombre del padre n.º 2: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Estado civil del padre n.º 2: CASADO DIVORCIADO VIUDO SOLTERO

¿Es el padre n.º 2 un veterano militar de los EE. UU.? SÍ NO ¿Es el padre n.º 2 un contacto de emergencia? SÍ NO

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR DEL SOLICITANTE

No incluya a los padres si ya están incluidos arriba.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el solicitante: _____



State of New Jersey
Department of Human Services
P.O. BOX 700
Trenton, NJ 08625-0700

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 15 de octubre de 2018

Este aviso aplica a personas que reciban servicios de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities) del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) y no exige una respuesta de su parte. **ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. REVISE ESTA INFORMACIÓN DETENIDAMENTE.**

SUS DERECHOS

- **Derecho a ver y hacer una copia de sus registros.** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener copias de sus registros. Usted tiene que presentar su solicitud por escrito. Le daremos una respuesta de su solicitud dentro de los treinta (30) días. Es posible que se le cobre un cargo por el costo que implica hacer una copia de sus registros.
- **Derecho a obtener una copia electrónica de sus registros médicos.** Si su información se conserva en formato electrónico, usted puede solicitar que le transmitan sus registros electrónicos a usted o a otro individuo o entidad. Responderemos a su solicitud dentro de los treinta (30) días.
- **Derecho a corregir o actualizar sus registros.** Usted puede solicitar que corrijamos su información de salud si cree que hay un error. Debe enviar su solicitud por escrito e indicar el motivo por el que necesita corregir la información.
- **Derecho a elegir cómo nos comunicamos con usted.** Usted puede solicitar que le compartamos la información de una manera determinada. Por ejemplo, puede pedirnos que le enviemos la información a la dirección de su trabajo en lugar de a la dirección de su hogar. Debe presentar esta solicitud por escrito. No es necesario que incluya el motivo de la solicitud. Es posible que deneguemos solicitudes poco razonables.
- **Derecho a obtener una lista de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que se hayan hecho después del 14 de abril de 2003. Debe presentar la solicitud por escrito. Esto no incluirá la información que se haya compartido para fines de tratamientos, pagos u operaciones de la salud. Ofreceremos un informe gratuito por año, pero es posible que le cobremos un costo por las listas adicionales que se hayan proporcionado en un período de 12 meses.
- **Derecho a recibir un aviso de incumplimiento.** Usted tiene derecho a recibir un aviso de incumplimiento sobre cualquier información de salud suya protegida.

- **Derecho a solicitar restricciones en los usos y las divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitarnos que limitemos la forma en que usamos o compartimos su información con terceros. Debe presentar la solicitud por escrito e indicar qué información debe limitarse. No estamos obligados a estar de acuerdo con la restricción solicitada. Si usted pagó un artículo o servicio específico en su totalidad de su bolsillo, tiene derecho a solicitar que su información en relación con ese artículo o servicio no se divulgue. Siempre respetaremos esa solicitud.
- **Derecho a revocar una autorización.** Si le pedimos que firme una autorización para usar o divulgar su información, usted puede cancelar esa autorización en cualquier momento. Debe presentar esa solicitud por escrito. Su solicitud no afectará la información que ya se haya compartido.
- **Derecho a obtener una copia de este aviso.** Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.
- **Derecho a presentar una queja.** Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la forma en la que hemos utilizado o divulgado su información.
- **Derecho a elegir a una persona que actúe en su nombre.** Si alguien ha sido designado legalmente como su representante personal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones con respecto a su salud.

NUESTRAS OBLIGACIONES

El Departamento de Servicios Humanos actúa como proveedor de atención médica para usted y su familia. Por lo tanto, tenemos que recopilar información sobre usted para proporcionar estos servicios. Debemos proteger su información personal de acuerdo con las leyes federales y estatales, y cumpliremos con las condiciones de esta notificación. Es posible que usemos y divulguemos su información sin su autorización para los siguientes fines:

- **Fines de tratamiento.** Podemos usar o divulgar su información a los proveedores de atención médica que participan en su atención médica.
- **Pago.** Es posible que usemos o divulguemos su información para recibir pagos o pagar servicios de atención médica que usted haya recibido o que recibirá.
- **Operaciones de atención de la salud.** Es posible que usemos o divulguemos su información para gestionar nuestro negocio, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- **Según lo exija la ley.** Divulgaremos información a agencias de salud pública que mantengan registros fundamentales, como nacimientos, muertes y algunas enfermedades.
- **Investigaciones de abuso y abandono.** Es posible que divulguemos su información para informar todos los posibles casos de abuso o abandono.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podremos utilizar o divulgar su información en respuesta a una inspección o investigación llevada a cabo por funcionarios estatales.

- **Programas gubernamentales.** Es posible que usemos y divulguemos su información para el manejo y la coordinación de beneficios públicos de programas gubernamentales.
- **Para evitar daños.** Es posible que usemos y divulguemos su información para garantizar el orden público y evitar una amenaza grave para la salud y la seguridad de una persona o del público.
- **Para investigaciones.** Es posible que usemos y divulguemos su información para estudios y para elaborar informes. Estos informes no lo identificarán a usted ni a ninguna otra persona de manera específica.
- **Socios comerciales.** Es posible que usemos y divulguemos su información a nuestros socios comerciales que llevan a cabo funciones en nuestro nombre, si fuera necesario para completar esas funciones.
- **Donación de órganos y tejidos .** Si usted es donante de órganos, es posible que usemos y divulguemos su información a organizaciones que se dediquen a conseguir, financiar o transportar órganos, ojos u otros tejidos para facilitar el trasplante de órganos.
- **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, es posible que divulguemos su información a la autoridad militar adecuada.
- **Indemnización laboral.** Podremos utilizar y divulgar su información a los fines de los programas de indemnización laboral o similares que ofrecen beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- **Fines de aviso de incumplimiento de datos.** Es posible que usemos o divulguemos su información para proveer avisos que exija la ley sobre accesos no autorizados o divulgaciones de su información de salud.
- **Demandas y disputas.** Es posible que usemos o divulguemos su información en respuesta a una orden judicial o un decreto administrativo, una citación, una solicitud de descubrimiento u otros procesos legales.
- **Orden público.** Es posible que divulguemos su información a las agencias de orden público si la información cumple con las siguientes características: 1) si la información se ofrece en respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar; 2) si la información se limita a identificar o localizar a una persona sospechosa, a un fugitivo, a un testigo material o a una persona desaparecida; 3) si la información está relacionada con una víctima de un delito en circunstancias muy limitadas; 4) si la información está relacionada con una muerte posiblemente ocasionada por un delito; 5) si la información está relacionada con una conducta delictiva en alguna propiedad del DHS; y 6) si la información es necesaria en una emergencia para informar un delito o hechos relacionados con este.
- **Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Es posible que divulguemos su información a un forense o examinador médico para identificar a un

difunto o determinar la causa de muerte. Es posible que divulguemos su información al director de una funeraria si eso fuera necesario para que lleve a cabo sus obligaciones.

- **Seguridad nacional e inteligencia.** Es posible que divulguemos su información a funcionarios del gobierno federal autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de protección para el presidente y otras personas.** Es posible que divulguemos su información a funcionarios del gobierno federal autorizados para que puedan brindarle protección al presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas o jefes de gobierno extranjeros, o para que lleven a cabo investigaciones especiales.
- **Presos o individuos bajo custodia.** Si usted está preso, es posible que divulguemos su información a una institución penitenciaria si la institución necesita esa información para lo siguiente: 1) proveerle atención médica; 2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas o; 3) mantener la protección y la seguridad de las instituciones penitenciarias.
- **Divulgaciones a familiares, amigos y otras personas.** Es posible que divulguemos su información a sus familiares, amigos u otras personas que estén involucradas en su atención médica. Usted puede prohibirnos que compartamos esa información. También es posible que compartamos su información a la persona legalmente designada como su representante personal.
- **Directorio del hospital.** A menos que nos avise que nos lo prohíbe, es posible que incluyamos cierta información sobre usted en el directorio del hospital para responder a las consultas de sus amigos, familiares, miembros del clero y otras personas que pregunten por usted cuando esté internado en el hospital.

Otros usos y divulgaciones que exigen su autorización por escrito

- **Para todas las demás situaciones.** Le pediremos una autorización por escrito antes de usar o divulgar su información para otros fines que los mencionados anteriormente. Las circunstancias especiales que exigen una autorización incluyen la mayoría de los usos y las relevaciones de sus notas de psicoterapia, ciertas divulgaciones de los resultados de su prueba de virus de la inmunodeficiencia humana o VIH, usos y divulgaciones de su información de salud para fines de comercialización y para la venta de su información de salud, salvo algunas excepciones. Si usted nos autoriza, puede retirar esa autorización por escrito en cualquier momento. Para retirar su autorización, póngase en contacto con nosotros al número que figura más abajo. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud como lo permitía su autorización por escrito, salvo en la medida en que ya nos hayamos basado en su autorización.
- **Según lo exijan otras leyes.** Le pediremos una autorización por escrito para cumplir con otras leyes que protegen el uso y la divulgación de su información.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Usted podrá usar la información de contacto que figura más abajo si quiere presentar una queja o denunciar un problema relacionado con el uso o la divulgación de su información de salud. Los tratamientos o servicios que le estén proporcionando no se verán afectados por ninguna de las quejas que presente. El DHS se opone a cualquier represalia que resulte de la participación en una investigación conforme a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

New Jersey Department of Human Services
Division of Developmental Disabilities
Legal and Administrative Practice Office
P.O. Box 726
222 South Warren St.
Trenton, NJ 08625-0726
Teléfono: 609-633-7402

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Ave, S.W., Room 509H
Washington DC, 20201
Teléfono: 866-627-7748/ TTY: 886-788-4989
www.hhs.gov/ocr

El DHS o su División correspondiente responderá a su comunicación dentro de los treinta (30) días.

CAMBIOS A ESTE AVISO

En el futuro, el DHS puede cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad. Se podría aplicar cualquier cambio en la información médica sobre usted que ya tenemos y en la información que recibamos en el futuro. Se publicará la copia de un nuevo aviso en nuestros centros/oficinas y le daremos una a usted, conforme a lo exigido por la ley. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso actual o descargarlo en línea de nuestro sitio web.

FORMULARIO A: ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este **ACUSE DE RECIBO** debe firmarse al recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad y enviarlo a la División de Discapacidades del Desarrollo de NJ.

Yo (nombre del solicitante o tutor legal), _____

por el presente acepto que recibí el **Aviso de Prácticas de Privacidad** el (fecha): _____

Soy el (marque una opción): Solicitante Tutor legal

Firma (o marca): _____ Fecha: _____

Si firma un tutor legal, proporcione el nombre del solicitante:

Nombre del solicitante (en letra de imprenta): _____

Si se proporciona la marca del solicitante, se requiere un testigo:

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

FORMULARIO B: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A FAMILIARES Y PERSONAS INVOLUCRADAS

Yo, _____
(Nombre de la persona, tutor legal o apoderado)

Autorizo por la presente el uso/divulgación/recepción de información médica sobre el Solicitante mencionado a continuación:

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Persona(s) autorizadas para usar, divulgar o recibir información (incluye tutor legal, si corresponde) :

CONTACTO PRINCIPAL: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con el solicitante: _____ Correo electrónico: _____

CONTACTO ALTERNATIVO: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con el solicitante: _____ Correo electrónico: _____

OTRO CONTACTO: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con el solicitante: _____ Correo electrónico: _____

OTRO CONTACTO: _____ Teléfono: _____

1. Dirección: _____

2. Relación con el solicitante: _____ Correo electrónico: _____

3. Autorizo al personal de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) a que se comunique con el contacto principal o alternativo, por teléfono, para notificar cualquier enfermedad, lesión o incidente que pueda necesitar atención o autorización inmediata.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE NJ (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

4. Autorizo al personal de la DDD a proporcionar la información médica mínima necesaria a los contactos mencionados anteriormente u otras personas a las que se les permite realizar visitas.
5. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pagos, ni mi elegibilidad para recibir beneficios o servicios. Puedo revisar o copiar cualquier información escrita usada/divulgada conforme a esta autorización.
6. Comprendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención de la salud o no forma parte de un plan de salud cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por estas reglamentaciones. Sin embargo, es posible que se prohíba al beneficiario divulgar información sobre abuso de sustancias conforme a los Requisitos Federales de Confidencialidad de Abuso de Sustancias.
7. Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto por las acciones que pudieran haberse realizado en base a esta autorización. La solicitud para revocar esta autorización debe entregarse al Funcionario de Privacidad de la DDD. La revocación entrará en vigencia en la fecha en que el Funcionario de Privacidad reciba la solicitud.
8. Esta autorización vence el (fecha) _____ o un año a partir de la fecha de la firma del individuo/tutor legal.
9. Se mantendrá una copia completa de esta autorización en el registro del solicitante.

Firma o marca de (seleccione una opción): Individuo Tutor legal Apoderado

Firma*: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

Si se proporciona la marca, se requiere un testigo:

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

***Si firma un tutor legal o un apoderado, se debe incluir una orden de tutela o una orden de poder notarial.**

FORMULARIO C: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por la presente autorizo a _____ (instalación/oficina de la DDD) de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities) a divulgar la información de salud/registros médicos de identificación personal según se describe a continuación.

Nombre del solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

Se solicitan los registros médicos de la persona mencionada a continuación:

Nombre: _____ Apellido: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Los registros médicos solicitados se crearon entre:

Fecha de inicio: _____ y fecha de finalización: _____

Registros médicos solicitados:

Registros médicos que se utilizarán para los siguientes fines:

___ Los registros médicos solicitados se revisarán en la instalación/oficina de la DDD.

___ Los registros médicos solicitados deben copiarse y se recogerán en las instalaciones/oficinas de la DDD.

___ Los registros médicos solicitados deben copiarse y enviarse a la siguiente persona u organización:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

AUTORIDAD LEGAL PARA ESTA SOLICITUD:

- Estos son mis registros y soy un adulto legalmente competente.
- Soy el tutor legal de la persona cuyos registros se solicitan y **se adjunta una copia de la orden de tutela.**
- Tengo un poder notarial para la persona cuyos registros se solicitan y **se adjunta una copia del poder notarial.**

ENTENDIMIENTOS Y ACUERDOS SOBRE ESTA AUTORIZACIÓN:

1. Esta autorización es voluntaria y comprendo que la DDD no puede condicionar el tratamiento basándose en la firma de esta autorización, a menos que la autorización sea: (a) para un tratamiento relacionado con la investigación, o (b) únicamente con el propósito de crear información de salud para uso por parte de/divulgación a un tercero.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la DDD por escrito, y dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada antes de la fecha en que la DDD recibía la revocación por escrito.
3. Acepto renunciar a todos los reclamos contra la instalación/oficina de la DDD por la divulgación de la información solicitada.
4. Entiendo que una vez que se divulgue la información aquí descrita, es posible que ya no esté sujeta a las protecciones de privacidad otorgadas por la DDD si el destinatario de la información no es un plan de salud, proveedor de atención médica, centro de intercambio de información de atención médica o socio comercial que tiene un contrato con la DDD.
5. Entiendo que si solicito que se copien y me envíen los registros, la DDD hará un esfuerzo de buena fe para enviarme esos registros dentro de un plazo razonable.
6. Entiendo que si deseo que se hagan copias de los registros, la DDD puede cobrar un cargo por este servicio.
7. Esta autorización vencerá el _____ (la fecha la determina la persona que firma el formulario) o un año después de la fecha de la firma a continuación.

Firma o marca de (seleccione una opción): Individuo Tutor legal Apoderado:

Firma*: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

Si se proporciona una marca, se requiere un testigo:

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

***Si firma un tutor legal o un apoderado, se debe incluir una orden de tutela o una orden de poder notarial.**

FORMULARIO D: CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

PARA: LA DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO DE NJ

Yo, _____
(nombre de la persona, tutor legal o apoderado)

concedo autorización a _____
(nombre de la persona, institución, agencia u otro titular de la información solicitada)

para divulgar los informes, evaluaciones, resúmenes u otra información de la persona nombrada a continuación con respecto a su Solicitud de Determinación de Elegibilidad para servicios a través de la División de Discapacidades del Desarrollo de NJ:

Nombre del solicitante (en letra de imprenta): _____

Información que se divulgará:

La información debe ser entregada al Trabajador de Admisiones de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) e indicar la dirección a continuación:

Nombre del Trabajador de Admisiones de la DDD (en letra de imprenta): _____

Dirección de la Oficina de Admisiones de la DDD:

La información recibida a través de este comunicado está sujeta a las regulaciones de confidencialidad de la División y no puede ser divulgada fuera de la División sin un permiso por escrito, a menos que N.J.A.C. 10:41et seq. lo estipule de otro modo.

Firma o marca de (seleccione una opción): Individuo Tutor legal Apoderado:

Firma*: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

*Si se proporciona una marca, se requiere un testigo:

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

***Si firma un tutor legal o un apoderado, se debe incluir una orden de tutela o una orden de poder notarial.**



Solicitud de Inscripción de Votante 24 de New Jersey

Favor de escribir con tinta y letra clara. Toda la información es obligatoria a menos que esté marcada como opcional.

1 Marque todos los casilleros que correspondan: <input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Afiliación a partido político <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio <input type="checkbox"/> Actualización de firma <input type="checkbox"/> Votar por correo						FOR OFFICIAL USE ONLY		
2 ¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si responde No, NO LLENE ESTE FORMULARIO)		3 ¿Tiene 17 años cumplidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si responde No, NO llene este formulario)				Clerk		
4 Apellido		Nombre		Segundo nombre o inicial		Sufijo (Jr., Sr., III)		Registration #
5 Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /			6 Sexo (Opcional) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			Office Time Stamp		
7 Número de licencia de conducir de NJ o Número de tarjeta de identificación para no conductores de MVC			Si usted NO tiene licencia de conducir de NJ o tarjeta de identificación para no conductores de MVC, indique los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social _____					
<input type="checkbox"/> "Juro o declaro que NO tengo licencia de conducir de NJ, tarjeta de identificación para no conductores de MVC ni número de Seguro Social".								
8 Domicilio (NO use Apartado Postal)		Apto.	Municipalidad (Ciudad/pueblo)	Condado	Estado	Código Postal		
9 Dirección postal (si es diferente a su domicilio)		Apto.	Municipalidad (Ciudad/pueblo)	Condado	Estado	Código Postal		<input type="checkbox"/> by mail <input type="checkbox"/> in person
10 Última dirección donde está inscrito para votar (NO use Apartado Postal)		Apto.	Municipalidad (Ciudad/pueblo)	Condado	Estado	Código Postal		Muni Code #
11 Nombre anterior si efectúa cambio de nombre			12 Número de teléfono de contacto de día (Opcional)			Party		
			Dirección de correo electrónico (Opcional)			Ward		
13 ¿Desea declarar la afiliación a un partido político? (Opcional)						District		
<input type="checkbox"/> Sí, el nombre del partido es _____								
<input type="checkbox"/> No, no deseo afiliarme a ningún partido político.								
14 Solicitud de boleta para votar por correo para todas las elecciones futuras (Opcional)								
<input type="checkbox"/> Deseo recibir una boleta para votar por correo para todas las elecciones futuras hasta que indique lo contrario a la Secretaría del Condado por escrito.								
<input type="checkbox"/> Enviar mi boleta a la siguiente dirección si es diferente a la dirección postal que se indica anteriormente.								
Dirección postal si es diferente a la que se indica anteriormente.				Apto.	Municipalidad (Ciudad/pueblo)	Condado	Código Postal	
Declaración - Juro o declaro que:				● Habré residido en el Estado y condado al menos 30 días antes de las próximas elecciones.		● Entiendo que toda inscripción falsa o fraudulenta puede someterme a una multa de hasta \$ 15.000, prisión de hasta 5 años o ambas, conforme a R.S. 19:34-1.		
● Soy ciudadano de los EE.UU.				● No estoy cumpliendo una pena de encarcelación debido a la condena por un delito grave conforme a las leyes de este estado o de otros o de los Estados Unidos.				
● Vivo en el domicilio indicado arriba.								
● Tengo 17 años de edad como mínimo y entiendo que no podré votar hasta cumplir 18 años.								
Firma del inscrito: Firme o coloque una marca e indique la fecha en la línea a continuación				Si el solicitante no puede llenar este formulario, escriba el nombre y dirección de la persona que lo completó.				
X _____ Fecha / /				Nombre _____				
				Fecha (MM/DD/AAAA) / /				
				Domicilio _____				
				(MM / DD / AAAA)				

Instrucciones importantes para las secciones 7, 8, 13 y 14

- 7) Solicitantes que envíen este formulario por correo y se inscriban para votar por primera vez: Si no proporciona la información que se requiere en la sección 7 o la información que usted suministra no se puede verificar, se le pedirá que proporcione una COPIA de un documento de identidad con fotografía válido y vigente o un documento con su nombre y domicilio actual para evitar tener que presentar el documento de identidad en el centro de votación.
Nota: Los números de identidad son confidenciales y ningún organismo de gobierno los divulgará. Toda persona que utilice dichos números ilegalmente estará sujeta a sanciones penales.
- 8) Si usted no tiene techo, puede completar la sección 8 e indicar un punto de contacto o el lugar donde pasa la mayor parte del tiempo.
- 13) Usted puede declarar una afiliación a un partido político o declarar no estar afiliado a ninguno, independientemente de cualquier afiliación partidaria anterior. Si usted es un votante que anteriormente se había afiliado a un partido y ahora desea cambiar de afiliación partidaria o anular la afiliación, debe presentar este formulario antes de los 55 días previos a las elecciones primarias a fin de votar en dichas elecciones. La sección 13 es OPCIONAL y no afectará la aceptación de su solicitud de inscripción de votante.
- 14) Si desea recibir una boleta para votar por correo para todas las elecciones futuras, marque el casillero correspondiente en la sección 14. Continuará recibiendo boletas para votar por correo para todas las elecciones futuras hasta que indique lo contrario a la Secretaría del Condado por escrito.
- ¿Necesita más información? Marque los casilleros a continuación si desea recibir más información acerca de:**
- Votación por correo Acceso al centro de votación Cómo votar si tiene una discapacidad, incluso impedimento visual
- Cómo ser auxiliar electoral Material electoral disponible en este otro idioma : _____

Información de Inscripción de Votante de New Jersey

Usted puede inscribirse para votar si:

- Es ciudadano de los Estados Unidos.
- Tiene 17 años de edad como mínimo*.
- Habrá residido en el Estado y condado al menos 30 días antes de las próximas elecciones.
- No está cumpliendo una pena de encarcelación debido a la condena por un delito grave conforme a las leyes de este estado o de otros o de los Estados Unidos.

*Puede inscribirse para votar si tiene 17 años de edad como mínimo pero no puede votar hasta la edad de 18.

Plazo de inscripción: hasta 21 días antes de las elecciones

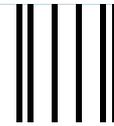
Su Comisionado de Inscripciones del Condado le notificará si su solicitud fue aceptada.

Si no fue aceptada, se le avisará cómo completar y/o corregir la solicitud.

¿Tiene alguna pregunta? Visite Elections.NJ.gov o llame a la línea gratuita

1-877-NJVOTER (1-877-658-6837)

1 PLIEGUE



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 206 TRENTON, NJ

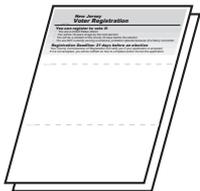
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

DIVISION OF ELECTIONS
PO BOX 304
TRENTON NJ 08625-9983

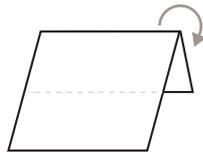


2 PLIEGUE

Importante: Imprima al 100%. NO HAGA REDUCCIONES. Pliegue como se ilustra para asegurar que se envíe correctamente.



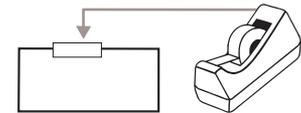
Coloque ambas
hojas juntas como
se muestra.



1 Pliegue la
parte superior
hacia abajo.



2 Pliegue la
parte inferior
hacia arriba.



3 Selle la parte
superior con
cinta adhesiva.

SELLE CON CINTA
ADHESIVA AQUÍ.

3