

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD

Nombre del joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por medio de la presente se solicita que un Comité de Certificación de Preadmisión designado por la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health) y el Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services) determine si el joven antes mencionado es discapacitado a los efectos del Programa de Asistencia Médica (Medical Assistance Program).

Autorizo a que un Comité de Certificación de Preadmisión (Preadmission Certification Committee, PACC) revise y evalúe toda la información médica, explicativa o sobre salud mental recibida para determinar si el joven antes mencionado es discapacitado. También autorizo a que el PACC solicite aclaraciones u obtenga la documentación adicional necesaria para confirmar o verificar dicha información a fin de determinar si el joven es discapacitado.

Comprendo que este formulario no es una solicitud ni la repetición de una solicitud para obtener beneficios de asistencia médica, y que un PACC determinará si el joven antedicho es discapacitado, no si reúne los requisitos para recibir asistencia médica.

Firma del padre/madre/tutor legal

Parentesco

Fecha de la firma