



## OPCIONES DE SERVICIOS (DDPAS-10) - RESUMEN DE DETERMINACIÓN, PRESENTACIÓN Y SELECCIÓN

(Por favor escriba a máquina o en letra de molde)

Nombre PAS: \_\_\_\_\_

Nombre del Individuo: \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Como resultado de su Entrevista de Pre-Admisión, se ha determinado que el individuo:

\_\_\_\_\_ tiene una discapacidad del desarrollo \_\_\_\_\_ no tiene una discapacidad del desarrollo

(si el individuo no tiene una discapacidad del desarrollo, no es necesario más determinaciones).

Como una person con una discapacidad del desarrollo, el individuo también:

\_\_\_\_\_ necesita cuidado las 24-horas \_\_\_\_\_ no necesita cuidado las 24-horas  
\_\_\_\_\_ necesita tratamiento para discapacidades del desarrollo \_\_\_\_\_ no necesita tratamiento para discapacidades del desarrollo

Si el individuo / tutor no está de acuerdo con la determinación, él / ella tiene el derecho a una audiencia de apelación sobre el asunto. Para apelar, el individuo / tutor legal debe trabajar con la agencia PAS para someter un paquete de apelación a la División Discapacidades del Desarrollo del Departamento de Servicios Humanos, Unidad de Apelaciones, 319 E. Madison, Springfield, IL, 62701. Los documentos deben ser enviados a esta dirección dentro de 60 días de la fecha de este aviso. Se debe proveer al individuo / tutor una copia del DDPAS-10.

Basado en las determinaciones, el individuo es elegible para las siguientes opciones de servicios. (Indique todas las opciones de los servicios que es elegible, estén disponibles o no):

_____ Institución de Asilo o Cuidado (ICF/SNF)	_____ SLA	_____ Servicios en el Hogar
_____ CILA	_____ ICF/DD	_____ SODC
_____ CLF	_____ SNF/PED	_____ Otro - Por favor especifique:
		_____

El \_\_\_\_\_ (Fecha), se presentaron todas las opciones de servicios al individuo / tutor, sin considerar disponibilidad y con suficientes detalles para que él / ella pueda hacer una selección informada. También, se explicó que hacer la selección de opciones de servicios no es la responsabilidad de DHS ni de la agencia PAS.



## OPCIONES DE SERVICIOS (DDPAS-10) - RESUMEN DE DETERMINACIÓN, PRESENTACIÓN Y SELECCIÓN

La agencia PAS ha enviado un paquete de remisiones o referencias del individuo a los siguientes proveedores de servicios:

Proveedor de Servicios	Servicios Ofrecidos	Fecha de Remisión	Respuesta del Proveedor

\_\_\_\_\_ Marque aquí si adjunta una página documentando remisiones adicionales. Todas las remisiones deben documentarse como parte del DDPAS-10.

\_\_\_\_\_ (Marque si aplica) El individuo / tutor escogió no reunirse con ninguna agencia para visita o hablar de sus programas.

En la fecha indicada a continuación, el individuo / tutor se reunió con una agencia para visitar o hablar sobre sus programas;

Fecha	Agencias Visitadas	Programas Discutidos:

\_\_\_\_\_ Marque aquí si reuniones adicionales o visitas fueron documentadas en una página adicional. Todas reuniones o visitas deben ser documentadas.



## OPCIONES DE SERVICIOS (DDPAS-10) - RESUMEN DE DETERMINACIÓN, PRESENTACIÓN Y SELECCIÓN

**Selección del Individuo / Tutor:** El PAS me ha explicado y entiendo cada opción de servicio y el derecho de apelar. Mi selección se indica a continuación. Este formulario sirve como la Notificación de Determinación y Selección de Opciones de Servicios. Mi selección de opciones de servicios es: \_\_\_\_\_

(Nota PAS QIDP: Los individuos elegibles para Exención del Programa de Servicios basado en el Hogar y la Comunidad también debe someter "Elección de Apoyos y Servicios": Formulario IL462-1238).

Firma del Individuo / Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PAS QIDP: Yo he explicado las determinaciones, opciones y el derecho de apelar al individuo / tutor quien, de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento, lo ha entendido. Yo no he recomendado proveedores de servicios particulares. Yo he ofrecido al individuo / tutor la oportunidad de visitar un programa típico y a hablar sobre los servicios con los proveedores que el individuo / tutor haya escogido por sí solo. De acuerdo a lo mejor de mi conocimiento, se ha escogido una opción sin ningún tipo de influencia externa.

Firma de PAS QIDP \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Instrucciones para Completar el DDPAS-10

**Resultados de la Entrevista de Pre-Admisión:** documente si el individuo tiene o no tiene una discapacidad de desarrollo. Documente si el individuo requiere o no requiere cuidado activo las 24 horas del día.

**Derecho de Apelar:** Explique al Individuo / tutor el derecho de apelar las determinaciones de PAS. Entregue una copia de DDPAS-10 al Individuo / tutor, junto con "Notificación del Derecho de Apelar Determinaciones de Exención de Medicaid" (IL462-1202).

**Opciones de Servicio:** Explique las opciones de servicios para las que es elegible el individuo, sin considerar la disponibilidad. Documente las opciones de servicios en este formulario, y la fecha en que se han discutido las opciones de servicios con el individuo / tutor.

**Oportunidad Para Visitar Programas:** Si el individuo / tutor elige no visita a ninguna agencia o programa, indíquelo en el espacio provisto. Si el individuo / tutor elige visita o habla de uno o más programas con los proveedores, documente la fecha, agencia y programas visitados o discutidos. Si no tiene suficiente espacio, **indique** en el espacio provisto que las visitas adicionales fueron documentadas en una hoja adicional. Incluya el nombre del individuo en la hoja adicional e indique que es una continuación del DDPAS-10.

**Remisiones o Referencias para Servicios:** Para todas la remisiones o referencias, documente el nombre del proveedor, servicios, fecha de remisión y respuesta del proveedor. Adjunte una página adicional, si es necesario. En la página adicional, incluya el nombre del individuo e indique es una continuación del DDPAS-10.

**Selección de Opciones y Firmas:** La selección de servicios del individuo / tutor debe ser indicada en el espacio provisto y el individuo / tutor debe firmar y fechar la declaración de su selección. Si el individuo es elegible para Servicios de cuidados basados en el Hogar y la Comunidad, el PAS QIDP debe ayudar el individuo / tutor a completar el formulario, "Selección de Servicios de Apoyo" (IL462-1238).

**Firma del PAS QIDP:** QIDP debe firmar y fechar para confirmar que el QIDP ha seguido los requisitos para la selección y la declaración de selección