

**Solicitud Universal de la REGIÓN 1 de la OPWDD para SERVICIOS DE REEMBOLSO FAMILIAR
Fuente de financiación de ÚLTIMO RECURSO**

1. DATOS PERSONALES (en letra de imprenta)

Nombre de la persona con discapacidad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del padre, madre o familiar: _____ Cantidad de personas en el hogar: _____

N.º TABS: _____ N.º de Medicaid: _____ Marque si la persona recibe: ___Autonomía ___Exención de HCBS

Discapacidad del desarrollo:

____Discapacidad intelectual ____Epilepsia (convulsiones) ____Parálisis cerebral ____Deterioro neurológico
____Autismo ____Lesión cerebral traumática Otra: _____

2. ¿HA INTENTADO RECIBIR FINANCIACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO, INCLUSO DE SU CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES U OTROS RECURSOS? (es decir, Medicaid, Medicare, etc.)

___Sí ___No Resultado: _____

3. MENCIONE TODOS LOS MONTOS DE REEMBOLSO RECIBIDOS EN ESTE AÑO CALENDARIO:

(agregue una página si fuera necesario) N/C: _____

Organismo: _____ Fecha: _____ Monto: _____ Organismo: _____ Fecha: _____ Monto: _____

Organismo: _____ Fecha: _____ Monto: _____ Organismo: _____ Fecha: _____ Monto: _____

4. ¿CUÁL ES EL ARTÍCULO O SERVICIO POR EL QUE SOLICITÓ UN REEMBOLSO? Describa los artículos: _____

Monto total solicitado: \$ _____ Fecha del servicio solicitado: _____

*¿Este artículo o servicio cumple con una situación de crisis inmediata como se identifica en las pautas? ___ Sí ___ No

5. MENCIONE OTROS ORGANISMOS DE REEMBOLSO A LOS QUE HAYA ENVIADO ESTA SOLICITUD EN PARTICULAR: N/C: _____

Organismo: _____ Fecha: _____ Resultado: _____

Organismo: _____ Fecha: _____ Resultado: _____

6. COORDINADOR DE SERVICIOS O TRABAJADOR SOCIAL: Nombre: _____

Organismo	Correo electrónico	Teléfono	Fax
-----------	--------------------	----------	-----

7. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS: (Adjunte a esta solicitud)

- ____ Recibos originales o factura (si envía copias, indique qué organismo tiene los originales)
- ____ Carta del médico o profesional que respalda la solicitud de reembolso (si corresponde)
- ____ Aviso de decisión u otro documento de elegibilidad de la OPWDD aprobado por el equipo de acceso (**si la documentación actual no está en archivo en el organismo proveedor**)
- ____ Copia del presupuesto actual si está inscrito en Autonomía

*****La OPWDD determinará en forma definitiva la elegibilidad para servicios de reembolso.*****

(VEA AL DORSO)

