

George Latimer
County Executive

Department of Community Mental Health

Michael Orth, MSW
Commissioner

Querido Padre, Tutor Legal o Representante,

Bienvenidos a la Unidad del Condado de Westchester del Departamento de Salud Mental (conocida como Westchester County Department of Community Mental Health: WCDCMH).

Nuestra oficina trabaja cercamente con la oficina estatal para Personas con Descapacidades del Desarrollo (conocida en Ingles como Office for People with Developmental Disabilities OPWDD). Nuestra meta es asistir a usted en el proceso de aplicacion para ser elegible a los programas del sistema estatal del OPWDD, proveerlo con informacion y recursos, crear conexiones esenciales en la comunidad y asistirlo a que tenga acceso a los servicios apropiados para ahora y en el futuro.

Por favor, tenga en cuenta que elegibilidad en el Sistema de OPWDD es requerida anter de obtener acceso de los servicios del OPWDD. Por favor completar y entregar a nosotros los siguientes documentos:

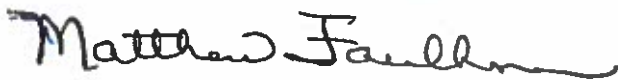
1. Formato de registracion para services con personas con discapacidades del desarrollo
2. Autorizaciones firmadas
3. Material para ser elegible
 - Reporte de examen fisico no mas de un ano de hecho, firmado y fechado for el medico
 - Una evaluacion psicologia reciente (en Ingles conocida como WAIS-V, WISC-V, WPPSI, C-TONI II, Leiter-R, Stanford-Binet 5, Kaufman series of intelligence, etc...) en la que indique la Escala Completa de Coeficiente de Inteligencia (conocida como FSIQ). La oficina Para Personas con Descapacidades del Desarrollo (OPWDD) **no acepta abreviaciones de las medidas del examen (i.e. WASI).**
 - Un analisis o reporte reciente de conducta adaptacion conocida en Ingles como Adaptive Behavior Scale, Vineland 3 o ABAS 3) que esta basada en informacion aportada por dos personas que conozcan bien al aplicante o individuo. Si el aplicante esta atendiendo la escuela, puede ser un padre y un professor. Si el aplicante no atiende la escuela, puede ser un padre y una persona que abogue por el/ella o alguien que conozca al aplicante bien. Los psicologos completaran un reporte interpretativo basado en las respuestas que fueron dadas por los dos informantes. **POR FAVOR, TOME EN CUENTA QUE LA OFICINA PARA PERSONAS CON DESCAPACIDADES DE DESARROLLO NO ACEPTA EL EXAMEN DE BASC-3 COMO UN EXAMEN PARA MEDIR EL NIVEL DE FUNCION ADAPTATIVA.**
 - Una evaluacion psicosocial reciente (no mas de un ano que incluya informacion historica de nacimiento y desarrollo. El reporte debe ser escrito por un Trabajador (a) Social o Psicologo (a). Si hay reportes recientes o anteriores de evaluaciones psicosociales por favor proveerlas tambien.

- **Una evaluation de Programa Individualizado de Educacion reciente** (conocida como IEP) si es applicable
- Informacion clinica **completa antes de los 22 anos de edad en la cual incluya informacion que cualifique la condition en la ausencia de desarrollo intelectual** (por ejemplo evaluacion neurologica, evaluacion del desarrollo pediatrica, filminas o reportes de Electroencefalogramas (conocido como EEGs), evaluaciones relacionadas con reportes del Trastorno de Espectro Autista (conocido en Ingles como Autism Spectrum Disorder). Para aquella persona que haya sido diagnosticado con Trastorno de Espectro Autista o Autismo se requiere un informe detallado de un especialista (por ejemplo un Pediatra del Desarrollo, un Neurologo Pediatra, Psiquiatra o Psicologo) que no solo indique el diagnostico, pero que justifique el diagnostico dado y sintomas especificos y de conductas que esta persona exhibe en su diagnostico; algunos antecedentes del desarrollo que concluyan el diagnostico, y si hay algun otro diagnostico, indicar cual es primario. Si este reporte no esta disponible, entonces una evaluation especifica de Autismo; por ejemplo, una evaluation de autismo basada en observacion (conocida en Ingles como **ADOS** – Autism Diagnostic Observation Schedule) o una entrevista de Diagnostico de Autismo Revisada (conocida en Ingles como **ADI-R** – Autism Diagnostic Interview Revised).
- **Un informe actual de no menos de un ano de servicios relacionados** (por ejemplo reportes de lenguaje, terapia ocupacional, terapia fisica) que no son requeridos pero pueden proveer apoyo a la documentacion requerida)

Una vez que la oficina reciba la forma de registracion completa con las evaluaciones, esta oficina enviara toda la documentacion a la Oficina para Personas con Descapacidades del Desarrollo (OPWDD) quien tomara una decision. Ellos le enviaran una carta indicando la respuesta.

Sin tiene alguna pregunta o necesita asistencia adicional, no dude en comunicarse con nosotros.

Sinceramente,



Matthew Faulkner

Por favor remita su registracion y la documentacion a:

Department of Community Mental Health
 c/o Matthew Faulkner
 112 East Post Road, 2nd Floor
 White Plains, NY 10601
 (914) 995-5253 o al correo electronico (mqf3@westchestercountyny.gov)

Revised (3/29/2023)

Registro de Incapacidades del Desarrollo

Date: _____

Primer Nombre del Apicante: _____ Apellido _____

Dirección Actual: _____ Código Postal: _____

Teléfono # () _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # de Medicaid _____
de Seguro Social _____ - _____ - _____ Recibe SSI/D? _____ Seguro Médico Privado?: Si/No
Compañía/ # de Póliza _____

Información Sobre Incapacidades (Marque todos los que aplican)

Coficiente Intelectual.: ____ Nivel de discapacidad intelectual: Leve: ____ Moderado: ____ Severo: ____ Profundo: ____
Epilepsia/Convulsiones ____ Parálisis Cerebral ____ Autismo ____ Impedimento
Neurológico ____ Impedimentos Ortopédicos: ____ Discapacidad Emocional
o Diagnóstico de Salud Mental ____
Otros: ____ Ambulante (Si/No) Usos: Silla de ruedas ____ Caminante ____ Muletas ____
Ortopédicos ____ Verbal (Si/No) Dispositivos de Adaptación _____

Relación con el Individuo (Marque uno)) ☐ Padres ☐ Tutor Legal ☐ Representante

Nombre: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
Correo electrónico _____

Escuela o Programa de Día: _____ Programa de Contacto _____

Teléfono () _____ - _____ Anticipación a la Fecha de Graduación: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

Esta el Apicante buscando servicios: (Marque el que corresponda)

- ☐ En la casa Habitación Residencial ☐ Programa de Día ☐ Empleo de Apoyo
☐ Coordinador de Servicios Médicos ☐ Programa de Recreación ☐ Respiro/Descanso
☐ Servicio de Ayuda Individual ☐ Modificación del Medio Ambiente ☐ Oportunidad Residencial
☐ Otros (Explique) _____



Departamento De Salud Mental De La Comunidad
112 East Post Road, White Plains, NY 10601

**CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACION
CONFIDENCIAL**

Por la presente, autorizo la revelación de información de los expedientes de:

El nombre del consumidor

Al Departamento de Salud Mental de la Comunidad del Condado de Westchester localizado en 112 East Post Road, White Plains, NY 10601 con el proposito de coordinar los servicios necesarios. Yo entiendo que este formulario le da al Departamento de Salud Mental de la Comunidad del Condado de Westchester la autoridad de revelar dicha información cuando sea necesario para coordinar servicios de parte del cliente antes mencionado.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del Consumidor

Firma de persona autorizada a actuar
de parte del consumidor

Relación de persona autorizada

Relación de persona autorizada

Dirección de persona autorizada

Atestiguado por:

Firma

Dirección

Fecha: _____