



**División de Apoyo de Discapacidades del Desarrollo (DDSD)  
Año Fiscal 2017 (1 de julio de 2016 – 30 de junio de 2017)**

**Programa de Servicios Flexibles de Autismo  
APLICACIÓN**

**(USE UNA APLICACIÓN SEPARADA PARA CADA INDIVIDUO ELEGIBLE  
SOMETA TODAS LAS APLICACIONES A DDSD)**

Si usted tiene preguntas sobre el Programa de Servicios Flexibles de Autismo o necesita asistencia para completar esta aplicación, por favor contacte a:

- ❖ *DOH/Developmental Disabilities Support Division: Sbicca Brodeur (505) 690-6942 o Joyce Solisz al (505) 476-8974 o libre de costo al (877) 696-1472*
- ❖ *NM Autism Society: Sarah Baca (505) 332-0306*
- ❖ *Parents Reaching Out (PRO): Melissa Reid-Ciferri (505) 247-0192 o 1-800-524-5176*
- ❖ *UNM Autism Programs: Lauriann King (505) 272-1852 o 1-800- 270-1861*
- ❖ *Governor’s Commission on Disabilities: Guy Surdi (505) 476-0420*

Fecha de Aplicación \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Individuo/Padre/Madre/Guardián Legal sometiendo la aplicación:

\_\_\_\_\_

Relación con el individuo (niño/ individuo) \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (si alguna) \_\_\_\_\_

¿Estaría bien que se le dejara mensaje por teléfono?  Sí  No

Nombre del niño/individuo: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL NIÑO/INDIVIDUO

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Raza / Etnicidad: (marque todas las que apliquen)

Hispano  Nativo Americano  Asiático  Negro/Afroamericano  Blanco

### DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

¿Tiene el niño/individuo un diagnóstico médico de Trastorno del Espectro Autista?  Sí  No

Fecha del Diagnóstico \_\_\_\_\_

¿Quién ofreció el diagnóstico? \_\_\_\_\_

**Por favor adjunte el reporte del diagnóstico con su aplicación\*.**

Si usted no tiene copia del reporte del diagnóstico, por favor describa las gestiones que está haciendo para obtener una copia del reporte \_\_\_\_\_

\*DDSD analizará el reporte para determinar el diagnóstico según el Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (*DSM*) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (*ICD*).

### INFORMACIÓN FINANCIERA/ DE BENEFICIOS

¿Está el niño/ individuo registrado en Medicaid?  Sí  No  No Sé

¿Está el niño/ individuo en el Registro Central /en lista de espera para *Developmental Disabilities Waiver*?

Sí  No  No Sé

¿Está el niño/ individuo cubierto bajo algún plan de seguro médico que incluya servicios de autismo?

Sí  No  No Sé

Nombre del niño/individuo: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE FINANCIACIÓN PARA LOS SERVICIOS**

**Opción 1:**

**Servicios Aplicados Para el Análisis del Comportamiento (ABA)** – incluyendo copagos (“copays”) y deducibles hasta 2,500 dólares que pueden ser solicitados por cada niño/ individuo. Nota: Si se solicitan los fondos ABA, apoyo para Otros Servicios de Autismo no podrán ser solicitados.

Servicios ABA	Nombre, dirección, correo electrónico y # teléfono del Proveedor ABA	Fecha estimada para comenzar los servicios	Fecha estimada para finalizar los servicios	Costo mensual estimado	Cantidad solicitada (máximo 2,500 dólares)
<input type="checkbox"/> Copago <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/> Privado/ Auto Pago				\$	\$

**Opción 2:**

**Otros Servicios de Autismo.** Vea la hoja “Autism Flexible Services Program” para información de los servicios que pueden ser encontrados. Hasta 1,250 dólares pueden ser solicitados por cada niño/ individuo.

Servicio/ Apoyo Específico Solicitado	Nombre, dirección, correo electrónico y # teléfono del Proveedor	Fecha estimada para comenzar los servicios	Fecha estimada para finalizar los servicios	Cantidad solicitada (máximo 1,250 dólares)
				\$
				\$
				\$
<b>Cantidad Total Solicitada</b>				\$

Por favor, use páginas adicionales en caso de ser necesario.

Nombre del niño/individuo: \_\_\_\_\_

**ACUERDO**

Como el Individuo / Padre/ Madre / Guardián Legal de \_\_\_\_\_ (nombre del niño/individuo), he verificado esta aplicación y aseguro que, a mi mejor juicio, la información ofrecida es correcta.

Entiendo que los fondos solicitados en esta aplicación serán utilizados en servicios antes del 30 de junio de 2017 y no se pasarán al próximo año fiscal (1 de julio – 30 de junio)

\_\_\_\_\_  
Firma del Individuo/ Padre/Madre/ Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

**Por favor someta la aplicación completada para el Programa de Servicios Flexibles de Autismo, incluyendo el reporte de diagnóstico ASD el o antes del viernes, 6 de enero de 2017 - 5:00 p.m.**

**Las aplicaciones pueden ser sometidas por correo electrónico, fax o correo:**

**Correo Electrónico:** *DDSD.Autism@state.nm.us*

**Fax Libre de Costo:** (866) 829-8838

**Correo:** *Autism Flexible Services Program  
Child and Family Supports Bureau  
NM Dept. of Health / DDSD  
810 W. San Mateo  
Santa Fe, NM 87502*

\_\_\_\_\_  
FOR STATE USE ONLY:

Date Received \_\_\_\_\_

Date Application Completeness Determined \_\_\_\_\_

Application Approved  Yes  No Date \_\_\_\_\_

Notes: