

Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio
Formulario de Determinación de Elegibilidad (FED)
Información del solicitante

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Fecha de nac.</u>	<u>No. de Seguro Social</u>
<u>Dirección del hogar</u> (ciudad/estado/código postal)			<u>Teléfono del hogar</u> (con código de área)
<u>Fecha de solicitud</u>	Determinación inicial: _____		Redeterminación: _____

Inscripción previa

<input type="checkbox"/> Marque aquí si es elegible basado en inscripción previa	Si, el 1° de julio de 1991, la persona tenía por lo menos 18 años y era elegible y estaba inscrita en un programa mr/dd de junta del condado, ¡PARE! La persona es elegible en su condado. Si, el 10 de enero de 1992, la persona estaba recibiendo servicios de manejo de casos solo por tener una retardación mental leve con no SDD, la persona es elegible solo para servicios de manejo de casos. Si la persona desea otros servicios complete la FED o OEDI.
---	---

SÍ NO 1. ¿Reside la persona en el condado donde se hizo la solicitud por servicios? Si **no**, ¡PARE! La persona no es elegible en este condado.

2. Liste todas las discapacidades de la persona y fuente de diagnóstico (documentación necesita ser actual).

Discapacidad	Fuente (p.ej., Informe psicológico, Dr. Gibb, 5/31/95)

SÍ NO 3. ¿Tiene la persona discapacidades físicas o mentales calificativas además de solo un diagnóstico de enfermedad mental? Si **no**, ¡PARE! La persona no es elegible.

SÍ NO 4. A. ¿Se manifestó la discapacidad de la persona antes de los 22 años? Si **no**, ¡PARE! La persona no es elegible.

SÍ NO B. ¿Es la discapacidad de la persona probable de continuar indefinidamente? Si **no**, ¡PARE! La persona no es elegible.

5. La compleción de OEDI mostró limitaciones funcionales sustanciales en las siguientes áreas: (x en todas las que aplique):

- MOVILIDAD
 AUTOCUIDADO
 AUTODIRECCIÓN
 CAPACIDAD DE VIDA INDEPENDIENTE
 AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA
 APRENDIZAJE
 LENGUAJE RECEPTIVO Y EXPRESIVO

SÍ NO 6. ¿Tiene la persona por lo menos **TRES** áreas de limitación funcional sustancial (SFL)? Si **no**, ¡PARE! La persona no es elegible. Notifique a la persona de la decisión de elegibilidad y procedimientos de apelación por escrito.

Si sí en los artículos 1, 3, 4a, 4B y 6, la persona cumple con requisitos de elegibilidad para Junta del Condado de DD.

<input type="checkbox"/> Individuo cumple con los requisitos de arriba y es elegible para servicios de la Junta del Condado de DD.			
<input type="checkbox"/> Individuo <u>no</u> cumple con los requisitos de arriba y <u>no</u> es elegible para servicios de la Junta del Condado de DD.			
Firma del designado autorizado de Junta del Condado de DD	Cargo	Condado	Fecha

OEDI

FED