

ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO
Servicios de exención en el hogar y la comunidad

NIVEL DE ATENCIÓN
CERTIFICADO INICIAL DE NECESIDAD

Mediante el presente documento se certifica que: _____
(Name: First, Middle, Last) (LTSS ID)

necesita recibir servicios de exención y cumple con el nivel de atención adecuado.

De acuerdo con los criterios de elegibilidad de la Administración de Discapacidades de Desarrollo (DDA, por sus siglas en inglés) que se indican a continuación, la persona mencionada anteriormente padece una discapacidad crónica grave que:

- Es atribuible a una deficiencia física o mental, distinta al diagnóstico único de una enfermedad mental, o a una combinación de discapacidades físicas o mentales;
- Se manifiesta antes de que el individuo cumpla 22 años;
- Es probable que continúe de manera indefinida;
- Da como resultado una incapacidad para vivir de forma independiente sin apoyo externo o asistencia continua y regular; y
- Refleja la necesidad de una combinación y secuencia de cuidados especiales, interdisciplinarios o genéricos, tratamiento u otros servicios que se planifican y coordinan por separado para el individuo.

He comprobado que el participante tiene una "discapacidad del desarrollo", como se indica en su **formulario de determinación de elegibilidad** en LTSSMaryland.

Coordinador de Servicios Comunitarios: _____ Fecha: _____
Firma

Coordinador de Servicios Comunitarios: *(nombre en letra de imprenta)*: _____