

**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY  
ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

To determine eligibility for the Developmental Disabilities Administration (DDA) services, whether state or medicaid funded, you must complete this form. Low Intensity Support Services (LISS) do not require an application.

A fin de determinar la elegibilidad para los servicios de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (Developmental Disabilities Administration, DDA), ya sea con financiamiento estatal o de Medicaid, debe completar este formulario. No es necesario presentar una solicitud para los Servicios de Apoyo de baja intensidad (Low Intensity Support Services, LISS).

**If you need help with this application, call Toll Free 1-877-4MD-DHMH \* TTY for Disabled - Maryland Relay service 1-800-735-2258**

**Si necesita ayuda con esta solicitud, llame gratis al 1-877-4MD-DHMH \* TTY para personas discapacitadas - Servicio de Retransmisión de Maryland 1-800-735-2258**

***PART I: APPLICANT'S INFORMATION***

***PARTE I: INFORMACIÓN DEL POSTULANTE***

--	--	--

**LAST Name APELLIDO      FIRST Name NOMBRE      MIDDLE Name SEGUNDO NOMBRE**

**Date of Birth (MM/DD/YYYY):**  **Social Security Number:**   
**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):**  **Número de seguro social:**

**Permanent Mailing Address: Dirección postal permanente:**

<i>Street Address Dirección</i>		<i>Apt# No. de departamento</i>	
<i>City Ciudad</i>	<i>State Estado</i>	<i>Zip Code Código postal</i>	<i>County of Residence Condado de residencia</i>

**Are you a resident of Maryland?**  Yes *Sí*  No *No*  
**¿Es usted residente de Maryland?**

**Telephone Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Email Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

<b>Day Día</b>	
<b>Cell Celular</b>	
<b>Evening/Other Horario vespertino/Otro</b>	

**Have you ever applied for Medical Assistance in Maryland?**  Yes *Sí*  No *No*  
**¿Alguna vez ha solicitado Asistencia Médica en Maryland?**

**If yes, when? En caso afirmativo, ¿cuándo?** \_\_\_\_\_

**If eligible, please provide your Medical Assistance Number: Si es elegible, indique su Número de Asistencia Médica:** \_\_\_\_\_

**Start Date Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_ **End Date Fecha de término:** \_\_\_\_\_

**Please list your Managed Care Organization (MCO) if you have one: Indique su Organización de Servicios Médicos Administrados (Managed Care Organization, MCO) si la tiene:** \_\_\_\_\_

**and your primary care physician: y su médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_

**\* You must apply for Medical Assistance before you can receive funding for services from the DDA.**

**\* Debe solicitar Asistencia Médica antes de poder recibir financiamiento para servicios de la DDA.**

**Supportive documentation attached to this application as available:**

**Documentación de respaldo adjunta a esta solicitud, según esté disponible:**  Yes *Sí*  No *No*

- Medicaid Card       Social Security Card  
 Tarjeta de Medicaid       Tarjeta del Seguro Social

**FOR REGIONAL OFFICE USE ONLY PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA REGIONAL**

**Regional Office: Oficina Regional:** \_\_\_\_\_ **Date Received: Fecha de recepción:** \_\_\_\_\_

**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY  
ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

**PART II: APPLICANT SELF ASSESSMENT  
PARTE II: AUTOEVALUACIÓN DEL POSTULANTE**

Please check all disabilities that you have been diagnosed with:

Marque todas las discapacidades que se le han diagnosticado:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autism <b>Autismo</b>  | <input type="checkbox"/> Deafness/Severe hearing impairment <b>Sordera/Impedimento auditivo grave</b> | <input type="checkbox"/> Speech/Language impairment <b>Impedimento del habla/lenguaje</b>  |
| <input type="checkbox"/> Behavioral problems <b>Problemas del comportamiento</b>  | <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizure disorder <b>Epilepsia/Trastorno convulsivo</b>              | <input type="checkbox"/> Spina bifida <b>Espina bífida</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> Blindness/Severe visual impairment <b>Ceguera/Impedimento visual grave</b>                               | <input type="checkbox"/> Head injury <b>Lesión en la cabeza</b>                                       | <input type="checkbox"/> Spinal cord injury <b>Lesión en la médula espinal</b>             |
| <input type="checkbox"/> Cerebral palsy <b>Parálisis cerebral</b>   | <input type="checkbox"/> Intellectual Disability <b>Discapacidad intelectual</b>                      | <input type="checkbox"/> other neurological impairment <b>otro impedimento neurológico</b> |
| <input type="checkbox"/> Chemical dependency (Includes alcoholism) <b>Dependencia a sustancias químicas (Incluye alcoholismo)</b> | <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis <b>Esclerosis múltiple</b>                                | <input type="checkbox"/> Mental illness <b>Enfermedad mental</b>                           |
| <input type="checkbox"/> Cystic fibrosis <b>Fibrosis quística</b>   | <input type="checkbox"/> Orthopedic impairment <b>Impedimento ortopédico</b>                          |  |

Other:  
Otra:

Please attach copies of the following reports if appropriate, to support your disability, and note their attachment by checking them off below:  
Si es pertinente, adjunte copias de los siguientes informes que respaldan su discapacidad. Confirme su inclusión con una marca:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medical Records <b>Expedientes médicos</b>                             | <input type="checkbox"/> Neuropsychological Evaluations <b>Evaluaciones neurosicológicas</b> |
| <input type="checkbox"/> Psychological Evaluations <b>Evaluaciones psicológicas</b>             | <input type="checkbox"/> Special Education Records <b>Expedientes de educación especial</b>  |
| <input type="checkbox"/> Other professional assessments <b>Otras evaluaciones profesionales</b> | <input type="checkbox"/> Vocational Evaluations <b>Evaluaciones vocacionales</b>             |

Please Identify:

Identifique:

**YOUR APPLICATION CANNOT BE PROCESSED WITHOUT YOUR EVALUATIONS/RECORDS  
NO ES POSIBLE PROCESAR SU SOLICITUD SIN SUS EVALUACIONES/EXPEDIENTES**

Please check any statement that tells us about you and the supports you usually need:

Marque el o los enunciados que nos informen sobre usted y las ayudas que necesita generalmente:

HOW DO YOU GET AROUND? ¿CÓMO SE DESPLAZA?	DO YOU REQUIRE ASSISTANCE? ¿NECESITA AYUDA?
<input type="checkbox"/> I walk independently. <b>Camino de manera independiente.</b>	<input type="checkbox"/> I do not need assistance. <b>No necesito ayuda.</b>
<input type="checkbox"/> I can walk unaided, but with difficulty. <b>Puedo caminar sin ayuda, pero con dificultad.</b>	<input type="checkbox"/> I need occasional assistance. Several hours per day up to 3 days per week. <b>Necesito ayuda ocasional. Varias horas al día hasta 3 días a la semana.</b>
<input type="checkbox"/> I require supportive devices when I walk. <b>Necesito dispositivos de ayuda para caminar.</b>	<input type="checkbox"/> I need minimal daily assistance. 1-2 hours per day. <b>Necesito ayuda diaria mínima. 1 a 2 horas al día.</b>
<input type="checkbox"/> I use a power wheelchair. <b>Utilizo una silla de ruedas eléctrica.</b>	<input type="checkbox"/> I need substantial daily assistance. 8 hours or more per day. <b>Necesito bastante ayuda diaria. 8 horas o más al día.</b>
<input type="checkbox"/> I use a manual wheelchair. <b>Utilizo una silla de ruedas manual.</b>	<input type="checkbox"/> I need continuous assistance when I am awake. <b>Necesito ayuda continua cuando estoy despierto(a).</b>
<input type="checkbox"/> I use a scooter. <b>Utilizo una motocicleta (scooter).</b>	<input type="checkbox"/> I need continuous 24 hours per day assistance. <b>Necesito ayuda continua 24 horas al día.</b>
<input type="checkbox"/> I am unable to move independently. <b>No me puedo mover de manera independiente.</b>	<input type="checkbox"/> Other. <b>Otro.</b>
<input type="checkbox"/> Other. <b>Otro.</b>	

**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY**

**ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

*Please check any statement that tells us about you and the supports you usually need:*

*Marque el o los enunciados que nos informen sobre usted y las ayudas que necesita*

<b>HOW DO YOU COMMUNICATE?</b> <b>¿CÓMO SE COMUNICA?</b>	<b>DO YOU USE ANY OF THESE SERVICES?</b> <b>¿UTILIZA ALGUNOS DE ESTOS SERVICIOS?</b>
<input type="checkbox"/> I speak clearly and can be understood. <i>Hablo con claridad y se me puede entender.</i>	<input type="checkbox"/> Speech Therapy <i>Terapia del habla</i>
<input type="checkbox"/> My speech is difficult to understand. <i>Mi habla es difícil de entender.</i>	<input type="checkbox"/> Occupational Therapy <i>Terapia ocupacional</i>
<input type="checkbox"/> I use gestures to communicate. <i>Utilizo gestos para comunicarme.</i>	<input type="checkbox"/> Physical Therapy <i>Fisioterapia</i>
<input type="checkbox"/> I use sign language to communicate. <i>Utilizo lenguaje de señas paracomunicarme.</i>	<input type="checkbox"/> Specialized Medical Care <i>Atención médica especializada</i>
<input type="checkbox"/> I require a communication device to communicate. <i>Necesito un dispositivo de comunicación para comunicarme.</i>	<input type="checkbox"/> Behavioral Support Service <i>Servicio de apoyo del comportamiento</i>
<input type="checkbox"/> I need help from others to communicate. <i>Necesito ayuda de otras personas para comunicarme.</i>	<input type="checkbox"/> Counseling <i>Orientación</i>
<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro:</i> _____	<input type="checkbox"/> Psychiatric Treatment <i>Tratamiento psiquiátrico</i>
	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro:</i> _____

*Please check any statement that tells us about you and the supports you usually need:*

*Marque el o los enunciados que nos informen sobre usted y las ayudas que necesita generalmente:*

<b>PERSONAL SKILLS</b> <b>HABILIDADES PERSONALES</b>	<b>COMPLETELY INDEPENDENT</b> <b>COMPLETAMENTE INDEPENDIENTE</b>	<b>NEEDS ASSISTANCE</b> <b>NECESITA AYUDA</b>	<b>COMPLETELY DEPENDENT</b> <b>COMPLETAMENTE DEPENDIENTE</b>
<b>EATING</b> <b>COMER</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DRESSING</b> <b>VESTIRSE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BATHING</b> <b>BAÑARSE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOILETING</b> <b>IR AL BAÑO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GROOMING</b> <b>ACICALARSE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERS IN/OUT OF BED</b> <b>SE ACUESTA/LEVANTA DE LA CAMA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREPARES SIMPLE FOOD</b> <b>PREPARA COMIDAS SIMPLES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMPLETES HOUSEHOLD TASKS</b> <b>REALIZA TAREAS DOMÉSTICAS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>USES PUBLIC TRANSPORTATION</b> <b>USA EL TRANSPORTE PÚBLICO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>USES THE TELEPHONE</b> <b>UTILIZA EL TELÉFONO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KNOWS WHAT TO DO IN AN EMERGENCY</b> <b>SABE QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY**

**ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

*services from in the past by checking the appropriate box.*

***PART III: OTHER SERVICES PARTE III: OTROS SERVICIOS***

*Please identify the other agencies or programs from which are currently receiving services or have received services from in the past by checking the appropriate box.*

*Identifique otras agencias o programas de los cuales recibe servicios actualmente o ha recibido servicios en el pasado marcando la casilla pertinente.*

<b>AGENCY AGENCIA</b>	<b>APPLIED POSTULADO</b>	<b>CURRENTLY SERVED RECIBE SERVICIOS ACTUALMENTE</b>	<b>SERVED IN THE PAST RECIBIÓ SERVICIOS EN EL PASADO</b>	<b>HAVE NOT APPLIED NO HA POSTULADO</b>
Dept. of Social Services (DSS) Depto. de Servicios Sociales (DSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Board of Education (Local School System) Junta de Educación (Sistema Escolar Local)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Local Health Dept. Depto. de Salud Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Area Office on Aging (AAA) Oficina del Área para Personas de la Tercera Edad (AAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Div. of Rehabilitation Services (DORS) Div. de Servicios de Rehabilitación (DORS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental Health Services Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nursing Home Services Servicios de asilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assisted Living Services Servicios de vida con asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other (Please List): Otro (Indique):				

**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY**

**ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

*Please identify any other programs or services for which you have applied, currently receive or previously received.  
Identifique cualquier otro programa o servicio a los cuales ha postulado, recibe actualmente o recibió en el pasado.*

<b>PROGRAM PROGRAMA</b>	<b>APPLIED POSTULADO</b>	<b>CURRENTLY SERVED RECIBE SERVICIOS ACTUALMENTE</b>	<b>PREVIOUSLY SERVED RECIBIÓ SERVICIOS EN EL PASADO</b>
Autism Waiver Exención de autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal Care (Medicaid Service) Cuidado personal (Servicio de Medicaid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Living at Home Waiver Exención Viva en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medical Day Care Waiver Exención de cuidado médico diurno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waiver for Older Adults Exención para adultos mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Model Waiver for Medically Fragile Children Exención modelo para niños médicamente frágiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Rare and Expensive Case Management Program) REM REM (Programa de administración de casos poco frecuentes y caros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatic Brain Injury Waiver Exención de lesión cerebral traumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Are there any other agencies or programs not listed above that are helping you now, or that have you on a waiting list?  
¿Hay algunas otras agencias o programas que no se indiquen anteriormente que le ayuden actualmente o en los que usted esté en lista de espera?*  Yes Sí  No NO

**If yes, please list the agencies/programs.**

**En caso afirmativo, enumere las agencias o los programas.**

**NOTE: NOTA:**

*DDA will review all the information you provide. Within seven (7) days DDA will make a preliminary decision as to whether there is a reasonable likelihood that you might be eligible for services from DDA or whether more information is needed. If necessary a representative of DDA will contact you to obtain further information or, if you agree by signing the consent form below, DDA can request information from other sources to help in its determination. DDA will make a final eligibility decision within 60 days of receipt of the completed application with all supporting documentation. You may request extensions of the time for processing, if additional time is needed to schedule a meeting with the DDA representative, or to obtain necessary evaluations and information. If you need help with this application, please call the Regional DDA office listed on page 1 of this form or call the Resource Coordination office for your county/region.*

*La DDA revisará toda la información que usted suministre. Dentro de siete (7) días, la DDA tomará una decisión preliminar respecto de si existe una probabilidad razonable de que pueda ser elegible para recibir servicios de la DDA o si se requiere más información. Si es necesario, un representante de la DDA se comunicará con usted para obtener más información o, si usted acuerda mediante la firma del formulario de consentimiento que se encuentra más adelante, la DDA puede solicitar información de otras fuentes para ayudar en su determinación. La DDA tomará una decisión definitiva sobre la elegibilidad en un plazo de 60 días luego de la recepción de la solicitud completa con toda la información de respaldo. Puede solicitar prórrogas para el procesamiento, si se requiere tiempo adicional para programar una reunión con el representante de la DDA, o para obtener las evaluaciones y al información necesarias. Si necesita ayuda con esta solicitud, llame a la oficina de la DDA regional indicada en la página 1 de este formulario o llame a la oficina de Coordinación de Recursos para su condado/región.*

**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY  
ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

**PART IV: AUTHORIZATION TO REQUEST & RECEIVE SERVICES  
PARTE IV: AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y RECIBIR SERVICIOS**

In order to determine your eligibility and plan for services, DDA needs information from professionals and agencies that are familiar with your disability and service needs. The Request to Obtain Information from Professionals and Agencies form authorizes the Developmental Disabilities Administration to obtain information from the professionals and agencies listed on this application. **Please make copies, if needed, and complete one authorization form for each professional or agency to be contacted.**

A fin de determinar su elegibilidad y planificar los servicios, la DDA necesita información de profesionales y agencias que estén familiarizados con su discapacidad y necesidades de servicio. El formulario Solicitud para obtener información de profesionales y agencias autoriza a la Administración de Discapacidades del Desarrollo para obtener información de los profesionales y las agencias indicadas en la solicitud. **Si es necesario, saque copias y complete un formulario de autorización para cada profesional o agencia que se debe contactar.**

*Request to Obtain Information from Professionals and Agencies Solicitud para obtener información de profesionales y agencias*

**LAST Name** **APELLIDO**

**FIRST Name** **NOMBRE**

**MIDDLE Name** **SEGUNDO NOMBRE**

**Date of Birth (MM/DD/YYYY):**

**Social Security Number:**

**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):**

**Número de seguro social:**

*I hereby give permission to the persons and/or agencies listed below to release any information they may have regarding my application to the Developmental Disabilities Administration (DDA) to assist them in determining my eligibility for services.. A photocopy of this authorization is valid.*

*Por medio del presente, autorizo a las personas o agencias indicadas a continuación para que revelen cualquier información que posean sobre mi solicitud a la Administración de Discapacidades de Desarrollo (DDA) con el objeto de ayudarles a determinar mi elegibilidad para los servicios. Una fotocopia de esta autorización se considera válida.*

Professional/Agency Name:

Phone Number:

Nombre del profesional/de la agencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Address:

Dirección:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Information is to be mailed to:

La información se debe enviar por correo a:

Regional Office Contact:

Phone Number:

Contacto de la Oficina Regional: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Address:

Dirección:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature:

Date:

Firma:

Fecha:

\_\_\_\_\_

Printed Name:

Nombre con letra imprenta:

\_\_\_\_\_

Relationship to Applicant:

Relación con el postulante:

\_\_\_\_\_

Witness:

Testigo:

\_\_\_\_\_

**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY  
ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

***PART V: CARE GIVER/GUARDIAN CONTACT INFORMATION  
PARTE V: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE CUIDADOR/TUTOR***

The primary **caregiver** is the person responsible for the applicant's daily care.

El **cuidador** primario es la persona responsable del cuidado diario del postulante.

A **legal guardian** is appointed by the court and may or may not be the primary caregiver. A legal guardian should attach a copy of the guardianship order.

Un **tutor legal** es designado por el tribunal y puede o no ser el cuidador primario. Un tutor legal debe adjuntar una copia de la orden de tutoría.

A **contact** person is the person who can assist the DDA in contacting the applicant and may be a friend, family member, or an agency contact. Una persona de **contacto** es la persona que puede ayudar a la DDA a ponerse en contacto con el postulante y puede ser un amigo, un familiar o el contacto de una agencia.

**Please check any title that best describes the role of the person whose name and information is provided on this page:  
Marque el título que describa mejor la función de la persona cuyo nombre e información se suministra en esta página:**

Primary Caregiver  
Cuidador primario

Legal Guardian  
Tutor legal

Contact Person  
Persona de contacto




LAST Name **APELLIDO**

FIRST Name **NOMBRE**

MIDDLE Initial **INICIAL SEG. NOMBRE**

**Permanent Mailing Address: Dirección postal permanente:**

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<i>Street Address Dirección</i>		<i>Apt# No. de departamento</i>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>City Ciudad</i>	<i>State Estado</i>	<i>Zip Code Código postal</i>	<i>County of Residence Condado de residencia</i>

Telephone:

Email:

Teléfono:

Day <b>Día</b>	<input type="text"/>
Cell <b>Celular</b>	<input type="text"/>
Evening/Other <b>Horario vespertino/Otro</b>	<input type="text"/>

**Name of agency, if applicable, acting as the primary caregiver, legal guardian, or contact person:**

**Nombre de la agencia, si corresponde, que actúa como cuidador primario, tutor legal o persona de contacto:**

**Please provide the following information regarding the primary caregiver only, if applicable:**

**Proporcione la siguiente información solo sobre el cuidador primario, si corresponde:**

**Primary Caregiver's Date of Birth (MM/DD/YYYY):**

**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) del cuidador primario:**

**Does the applicant reside with the primary caregiver?**

**¿El postulante vive con el cuidador primario?**

Yes **Sí**     No **No**

**Relationship to the Applicant: Relación con el postulante:**

Self **Postulante**

Family Member (please specify relationship):

**Familiar (especifique la relación):** \_\_\_\_\_

Not Related **Ninguna relación**

Public/Private Agency **Agencia pública/privada**

**Briefly describe any circumstances that may be causing difficulty for the primary caregiver.**

**Describe brevemente cualquier circunstancia que puede estar causando dificultades al cuidador primario.**

**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY**

**ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

**Additional contacts (Please list at least one additional contact)**

**Contactos adicionales (Enumere al menos un contacto adicional)**

	Name Nombre	Relationship to applicant Relación con el postulante	Phone number Número de teléfono	E-mail Correo electrónico
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

***PART VI: STATISTICAL INFORMATION***  
***PARTE VI: INFORMACIÓN ESTADÍSTICA***

*Please complete the following information, which will be used for statistical purposes only.*

*Complete la siguiente información, que se utilizará solo para fines estadísticos.*

**Applicant's Sex: Sexo del postulante:**

- Female Femenino       Male Masculino

**Is the Applicant of: El postulante es de:**

- Hispanic Origin Origen hispano       Latino Origin Origen latino

**Applicant's Race (more than one selection can be made):**

**Raza del postulante (se puede elegir más de una opción):**

- American Indian / Alaskan Native Indoamericano(a) / Nativo(a) de Alaska

- Asian Asiático(a)

- Black / African American Negro(a) / Afroamericano(a)

- Native Hawaiian / Other Pacific Islander Nativo(a) de Hawai / Nativo(a) de otra isla del Pacífico

- White Blanco(a)

**Applicant's Marital Status: Estado civil del postulante:**

- Single Soltero(a)       Married Casado(a)

- Divorced Divorciado(a)       Widowed Viudo(a)

**Applicant's Country of Origin:**

**País de origen del postulante:** \_\_\_\_\_

**Primary Spoken Language:**

**Idioma principal:** \_\_\_\_\_

**Additional Comments: Comentarios adicionales:**



**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY  
ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

***PART VII: SIGNATURE SECTION PARTE VII: SECCIÓN DE FIRMAS***

I swear or affirm that I have read or had read to me this entire application. I also swear or affirm, under penalty of perjury, that all the information I have given is true, correct, and complete to the best of my ability, knowledge and belief. I authorize the DDA to contact any person, partnership, corporation, association, or governmental agency that has provided information about my eligibility for benefits.

Juro o confirmo que leí o que me leyeron esta solicitud completa. Asimismo, juro o confirmo, so pena de condena por falso testimonio, que toda la información que he suministrado es real, correcta e íntegra a mi leal saber y entender. Autorizo a la DDA para que se comunique con cualquier persona, sociedad, empresa, asociación o agencia gubernamental que ha suministrado información acerca de mi elegibilidad para beneficios.

**Notice to Applicants: Aviso a los postulantes:**

You are providing personal information (Name, Address, Date of Birth, etc.) in this application.

En esta solicitud, usted suministra información personal (nombre, dirección, fecha de nacimiento, etc.).

The purpose of requesting this personal information is to determine your eligibility for DDA services.

If you do not provide this personal information, the DDA may deny your application. You have the right to inspect, amend or correct this personal information. The DDA will not permit inspection of your personal information, or make it available to others, except as permitted by federal and State laws.

La finalidad de solicitar esta información personal es determinar su elegibilidad para recibir servicios de la DDA. Si no suministra esta información personal, la DDA puede rechazar su solicitud. Usted tiene derecho a inspeccionar, modificar o corregir esta información personal. La DDA no permitirá la inspección de su información personal, ni la pondrá a disposición de otros, salvo lo permitido por las leyes federales y estatales.

**Your Responsibilities are to Provide Information and to Report Changes:**

**Sus responsabilidades son proporcionar información e informar cambios:**

You must give true and complete information. You must provide proof of this information. We will keep it private. We will use the social security number and other information you give us to do computer matching and program reviews. All changes must be reported within ten (10) days. Examples of such changes include:

address, persons living in the applicant's home, or new services or change in services from another agency.

You, your primary caregiver, legal guardian or contact person is responsible for reporting such changes. If you intentionally do not give correct information or report changes, services may be discontinued or legal action may be taken.

Debe entregar información real e íntegra. Debe entregar constancia de esta información. La mantendremos en confidencialidad. Usaremos el número de seguro social y otra información que nos suministre para realizar un cotejo electrónico de datos y revisiones de los programas. Todos los cambios deben informarse en un plazo de diez (10) días. Algunos ejemplos de dichos cambios son: cambios de dirección, personas que viven en la casa del postulante o nuevos servicios o cambio en los servicios de otra agencia. Usted, su cuidador primario, tutor legal o persona de contacto son responsables de informar dichos cambios. Si intencionalmente no proporciona información correcta o no informa cambios, es posible que los servicios se interrumpan o se tomen acciones legales.

---

Signature of Applicant

Firma del postulante

---

Date

Fecha

---

Signature of Authorized Representative

Firma del representante autorizado

---

Date

Fecha

**DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION APPLICATION FOR ELIGIBILITY**

**ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

**WHEN THE APPLICATION IS COMPLETE, SEND IT TO THE APPROPRIATE DDA**

**REGIONAL OFFICE LISTED BELOW:**

**UNA VEZ FINALIZADA LA SOLICITUD, ENVÍELA A LA OFICINA REGIONAL DE LA DDA**

**CORRESPONDIENTE INDICADA A CONTINUACIÓN:**

**THE CENTRAL MARYLAND REGIONAL OFFICE**

(Anne Arundel County, Baltimore County, Howard County, Harford County and Baltimore City)

ATTENTION: Eligibility and Access Unit

1401 Severn Street

Baltimore, MD 21230

**THE CENTRAL MARYLAND REGIONAL OFFICE**

(Condados de Anne Arundel, Baltimore, Howard, Harford y Baltimore City)

ATTENTION: Eligibility and Access Unit

1401 Severn Street

Baltimore, MD 21230

**THE EASTERN SHORE REGIONAL OFFICE**

(Caroline County, Cecil County, Dorchester County, Kent County, Queen Anne's County, Somerset County, Talbot County, Wicomico County, Worcester County)

ATTENTION: Eligibility and Access Unit

926 Snow Hill Rd, Building 100

Salisbury, MD 21804

**THE EASTERN SHORE REGIONAL OFFICE**

(Condados de Caroline, Cecil, Dorchester, Kent, Queen Anne, Somerset, Talbot, Wicomico, Worcester)

ATTENTION: Eligibility and Access Unit

926 Snow Hill Rd, Building 100

Salisbury, MD 21804

**THE SOUTHERN MARYLAND REGIONAL OFFICE**

(Calvert County, Charles County, Montgomery County, Prince George's County, and St. Mary's County)

ATTENTION: Eligibility and Access Unit

312 Marshall Avenue, 7<sup>th</sup> Floor

Laurel, MD 20707

**THE SOUTHERN MARYLAND REGIONAL OFFICE**

(Condados de Calvert, Charles, Montgomery, Prince George y St. Mary)

ATTENTION: Eligibility and Access Unit

312 Marshall Avenue, 7<sup>th</sup> Floor

Laurel, MD 20707

**THE WESTERN MARYLAND REGIONAL OFFICE**

(Allegany County, Carroll County, Frederick County, Garrett County, and Washington County)

c/o Potomac Center

ATTENTION: Eligibility and Access Unit

1360 Marshall Street Hagerstown, MD 21740

**THE WESTERN MARYLAND REGIONAL OFFICE**

(Condados de Allegany, Carroll, Frederick, Garrett y Washington)

c/o Potomac Center

ATTENTION: Eligibility and Access Unit

1360 Marshall Street Hagerstown, MD 21740

*More Information about the Developmental Disabilities Administration may be found at the following website:*

*En el siguiente sitio web podrá encontrar más información acerca de la Administración de Discapacidades de Desarrollo:*

*<http://dda.dhmh.maryland.gov> <http://dda.dhmh.maryland.gov>*

*The Developmental Disabilities Administration does not discriminate on the basis of race, color, sex, national origin, religion or disability in matters of employment or in providing access to programs.*

*La Administración de Discapacidades de Desarrollo no discrimina por motivos de raza, color, sexo, nacionalidad, religión o discapacidad en asuntos de empleo o acceso a los programas.*