



MICHELLE LUJAN GRISHAM
Governor

PATRICK M. ALLEN
Cabinet Secretary

Estimado solicitante y/o tutor,

Gracias por su interés en las exenciones basadas en el hogar y la comunidad (DD y Mi Vía) o en los centros de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID).

Las páginas siguientes incluyen: 1) Formulario de solicitud de exenciones basadas en el hogar y la comunidad y de ICF/IID, 2) Información sobre HIPAA, 3) Lista de contactos de la Oficina de Admisión y Elegibilidad y 4) Hoja informativa de la Oficina de Admisión y Elegibilidad (IEB).

Por favor, devuelva el *Formulario de Solicitud de Exenciones HCBS* debidamente lleno y cualquier documentación de justificación a la dirección o número de fax que aparece para su región en la Lista de Contactos de Admisión y Elegibilidad en las páginas 7 y 8 de este paquete. La fecha de su solicitud será la fecha en que la Oficina de Admisión y Elegibilidad de la DDS haya recibido su paquete de solicitud cumplimentado y firmado.

Importante: la solicitud no se considerará completa sin lo siguiente:

- **número de seguro social del solicitante**
- **copias de la documentación que respalde el diagnóstico de una discapacidad del desarrollo, como evaluaciones neuropsicológicas/psicológicas, evaluaciones educativas, IEP y/o informes de diagnóstico médico**

Para más información sobre las exenciones basadas en el hogar y la comunidad, visite nuestra página web en <https://nmhealth.org/about/ddsd/>.

Si necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con el trabajador de elegibilidad indicado para su región. La información de contacto figura en las páginas 7 y 8 de este paquete de solicitud.

Una vez que recibamos su solicitud debidamente llenada, el trabajador de elegibilidad que le haya sido asignado se pondrá en contacto con usted para revisar la solicitud y determinar los pasos a seguir.

Si necesita ayuda o información en español, por favor llámenos al número 505-350-0034.

Si usted es una persona con discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o requiere una adaptación especial para participar en la inscripción o en los servicios, llámenos a los números indicados anteriormente o, a través del Sistema de retransmisión TDD de Nuevo México, al 1-800-659-8331.

Revisado 10/2023

DEVELOPMENTAL DISABILITIES SUPPORTS DIVISION • INTAKE & ELIGIBILITY BUREAU
5300 Homestead Road NE, Suite 230 • Albuquerque, New Mexico • 87110
(505) 505-470-5825 • (505) 350-0034 • FAX: (505) 222-6690 • www.nmhealth.org



*Esta página se ha dejado en blanco
intencionadamente..*



Exenciones basadas en el hogar y la comunidad y Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID)

Efectivo 1/30/24

<p>Llene cada sección de las páginas 1 y 2 de este formulario. Llene cada sección cuidadosa y completamente como le sea posible y devuelva el formulario a la oficina DDS de su región. La dirección y los datos de contacto están en la lista adjunta.</p> <p>Las solicitudes se aceptarán cuando se proporcionen copias de documentación como los informes de diagnóstico, junto con la solicitud completa, incluida la sección firmada de HIPAA.</p>	<i>Para uso oficial / For official use only</i>	
	DDS staff entering in CR:	<i>date stamp/ application date</i>
Region:	<input type="checkbox"/> METRO <input type="checkbox"/> NERO <input type="checkbox"/> NWRO <input type="checkbox"/> SERO <input type="checkbox"/> SWRO	

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre – Apellido	Nombre	Inicial de segundo nombre	Número de Seguro Social o ITIN	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Condado de residencia
Condado en el que se solicitan los servicios (si es distinto del de residencia)			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento
Discapacidades del desarrollo (DD) y edad de inicio		Correo electrónico		Idioma de preferencia

INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL *

Propio
 Padre
 Tutor legal/Agencia _____
 Poder notarial

Un representante legal es un padre de un menor de dieciocho años con autoridad legal para tomar decisiones en nombre del solicitante; tutor legal personal; alguien con poder notarial que haya sido autorizado para tomar decisiones de atención médica; o cualquier otra persona que esté autorizada por ley para actuar en nombre del solicitante.

* *Cualquier persona que no sea el solicitante o los padres de un menor DEBERÁ incluir copias de los documentos que acrediten la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante.*

Nombre – Apellido	Nombre	Correo electrónico		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Escriba el nombre y los datos de contacto de la persona designada por el solicitante para asistirle o encargarse de los asuntos relacionados con los servicios médicos del solicitante o de alguien designado por el solicitante para ser un punto de contacto en caso de que no se pueda localizar al solicitante.

Nombre – Apellido	Nombre	Relación con el solicitante	Correo electrónico
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
		Código postal	Número de teléfono

Yo, _____, como tutor legal del solicitante, autorizo a la DDS a discutir el estado de esta solicitud con la(s) persona(s) arriba indicada(s):

Firma : _____ **Fecha:** _____

DOCUMENTACIÓN - No se tramitarán las solicitudes sin la documentación correspondiente

La documentación necesaria para determinar si un solicitante cumple los criterios de exención por discapacidad del desarrollo es la siguiente:

- **Discapacidad intelectual:** Si solicita la Exención por DD por discapacidad intelectual, la solicitud debe incluir un informe(s) de diagnóstico exhaustivo de un profesional cualificado autorizado con las puntuaciones de CI y Comportamiento Adaptativo. Este documento debe verificar el diagnóstico de DI.
- **Condición relacionada:** Si solicita la Exención por DD debido a una condición relacionada con la discapacidad intelectual, incluya un informe de diagnóstico completo de un profesional licenciado y cualificado. El diagnóstico de la condición relacionada debe estar verificado en el documento o documentos o en los resultados de las pruebas genéticas e incluir las puntuaciones del coeficiente intelectual y del comportamiento adaptativo (en los últimos 3 años). La documentación también debe incluir la confirmación de tres limitaciones funcionales importantes (SFL) en los últimos 12 meses.

La información solicitada puede encontrarse en los siguientes documentos:

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Evaluaciones educativas• Plan de Educación Individual (IEP)• Registros de diagnóstico médico | <ul style="list-style-type: none">• Equipo de evaluación multidisciplinar (MET)• Revisión de los datos de evaluación existentes (REED) | <ul style="list-style-type: none">• Evaluaciones neuropsicológicas/psicológicas• Evaluación del autismo/trastorno del espectro autista (ASD) |
|--|---|---|

HIPAA – Se requiere un consentimiento firmado de la HIPAA para tramitar esta solicitud.

La Ley de Portabilidad del Seguro Médico de 1996 exige que las agencias de salud ofrezcan un Aviso de Prácticas de Privacidad a todas las personas que reciben servicios. Este formulario reconoce que usted ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud.

Al firmar a continuación, reconozco que se me brindó o se me ofreció una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Nuevo México.

Firma del cliente o tutor legal

Fecha

NOMBRE Y PARENTESCO DE LA PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO

Escriba el nombre de la persona que presenta el formulario, su firma, su relación con el solicitante y la fecha en que se llenó el formulario.

Nombre escrito a máquina/impreso

Firma

Relación con el solicitante

Fecha

Envíe por correo o fax esta solicitud, junto con la documentación complementaria, a la oficina regional que se indica a continuación y en la hoja de contacto adjunta. En la hoja de contacto también se incluyen los nombres y números de teléfono y fax de los trabajadores/as de elegibilidad.

Región Metro (condados de Bernalillo, Sandoval, Tarrant y Valencia) 5300 Homestead Road, Suite 230 Albuquerque, NM 87110	Región Noreste (Condados de Colfax, Harding, Los Alamos, Mora, Río Arriba, San Miguel, Santa Fe, Taos y Unión) 224 Cruz Alta, Suite B Taos, NM 87571	Región Noroeste (condados de Cibola, McKinley y San Juan) 2914 E 66 Gallup, NM 87301	Región Sureste (condados de Chávez, Curry, De Baca, Eddy, Guadalupe, Lea, Lincoln, Quay y Roosevelt) 726 South Sunset, Suite B Roswell, NM 882033	Región Suroeste (condados de Catron, Doña Ana, Grant, Hidalgo, Luna, Otero, Sierra y Socorro) 1170 N. Solano Dr., Suite G Las Cruces, NM 88001
--	--	--	---	--

Es responsabilidad del solicitante/tutor legal notificar al trabajador de elegibilidad de la oficina regional cualquier cambio de dirección o número de teléfono.

Si necesita ayuda o información en español, por favor llámenos al número 1-505-350-0034.

Si usted es una persona con discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o requiere una adaptación especial para llenar la solicitud, llámenos al 800-283-5548 o, a través del New Mexico Relay System TDD, al 1-800-659-8331.

Sus Derechos Relacionados a la Información de Su Salud

Derecho a Inspeccionar y Recibir Copias

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia, incluyendo una copia electrónica, de la información de su salud que tenemos, si está disponible. Para inspeccionar y solicitar una copia de su información de salud en una localidad *NMDOH*, usted puede contactar la localidad y pedir ayuda al Oficial Local de Privacidad o al personal de los archivos médicos. Si usted desea ver su información de salud, pero está en más de una localidad *NMDOH*, o si no está seguro de la localidad, usted tendrá que escribirle al Director de Privacidad *NMDOH*.

Si usted desea copias en papel, podríamos hacerle un cargo por el costo y envío de las copias de la información. Si usted solicita una copia de la información en formato electrónico, podríamos hacerle un cargo por el costo del tiempo del personal que responda a su solicitud. Si usted accede a un resumen o a una explicación en vez de las copias, le podríamos hacer un cargo por preparar el resumen o explicación la cual usted accedió en antelación, y por el costo del envío en caso de no ser electrónicamente. Podríamos denegar su solicitud en circunstancias especiales. Si denegamos su solicitud de ver su información de salud, usted puede preguntarnos la razón por qué y pedir una revisión de nuestra decisión. Un profesional de la salud autorizado escogido por nosotros verificará su solicitud y deniego. La persona que verifique la denegación no será la misma persona la cual denegó su solicitud inicialmente. Nosotros haremos lo que el evaluador recomiende.

Derecho a Solicitar una Corrección

Si usted siente que la información de salud que tenemos de usted no es correcta o está incompleta, usted nos puede pedir que la cambiemos. Usted tiene el derecho de pedir un cambio, siempre y cuando la información sea retenida por y para *NMDOH*. Para pedir una corrección, usted tiene que escribirle al Director de Privacidad *NMDOH*. Usted nos tiene que dar una razón que apoye su solicitud. Nosotros podríamos denegar su solicitud de una corrección si no está hecha por escrito o no incluye una razón que apoye su solicitud. También podríamos denegar su solicitud si usted nos pide que cambiemos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información no está disponible para hacer las correcciones;
- No es parte de la información de salud mantenida por o con nosotros; y
- Es correcta y completa.

Derecho a Recolección de Ciertas Revelaciones

NMDOH mantiene seguimiento de ciertas revelaciones de su información de salud. Usted puede solicitar una recolección de dichas revelaciones por escrito al Jefe de Privacidad *NMDOH*.

Su solicitud tiene que establecer un período de tiempo, que no puede ser mayor a seis años, y no podrán incluir revelaciones hechas antes de 14 de abril de 2003. Díganos cómo quiere usted las recolecciones (por ejemplo, en papel o por correo electrónico). Le daremos una recolección anual gratuita. Podríamos hacerle un cargo por recolección si usted hace más de una solicitud en un período de 12 meses. Usted puede decidir retirar su solicitud si decide que el cargo es más de lo que usted está dispuesto a pagar.

Derecho a Notificación de Acceso No Autorizado, Uso o Revelación de la Información de Salud

Usted tiene el derecho a ser notificado por nosotros en caso que sepamos que la confidencialidad de su información ha sido violada. Le notificaremos prontamente a la vez que sepamos de la violación de confidencialidad y le proveeremos con la información de qué sucedió, el tipo de información envuelta, pasos que usted puede tomar para protegerse de daño potencial, qué estamos haciendo para investigar el asunto y protegerle de futuras revelaciones, y la información de contacto para usted en caso de que tenga preguntas o quiera información adicional.

Derecho a Solicitar Restricciones en el Uso o Revelación de Información de Salud

Usted tiene el derecho a solicitar que se limite su información de salud compartida. Ésto puede incluir información que usted no quiera que sea compartida con miembros de su familia que están envueltos en su cuidado. Por ejemplo, usted nos puede pedir que no revelemos información acerca de un tratamiento o medicamento que usted recibió. Tenemos que estar de acuerdo con su solicitud si la restricción es acerca de información revelada a un plan de salud para recibir pago o por operaciones del cuidado de la salud (pero no por tratamiento) y acerca de un elemento del cuidado de la salud o servicio que el proveedor del cuidado de la salud ha sido saldado fuera de su bolsillo. No tenemos que estar de acuerdo con otras solicitudes. En caso de que estemos de acuerdo, haremos lo que usted nos diga que hagamos a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia.

Para preguntar por los límites o restricciones en su información de salud en una localidad *NMDOH* donde usted recibe tratamiento actualmente, solicite asistencia del Oficial Local de Privacidad *NMDOH*. Si usted pregunta por los límites o restricciones de su información de salud que está en más de una localidad *NMDOH*, o si no está seguro, usted tiene que escribirle al Jefe de Privacidad *NMDOH* diciéndonos:

- Qué información usted quiere limitar;
- Si usted quiere limitar nuestro uso, revelación, o ambas;
- A quién usted quiere que los límites apliquen (por ejemplo, restricciones a la pareja).

NMDOH101A-1010

Si usted ha solicitado una restricción para limitar la información de salud que utilizamos o compartimos, y hemos accedido a dicha restricción, usted también puede retirar la misma escribiéndole al Jefe de Privacidad *NMDOH*.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene el derecho a preguntar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios diferentes al correo, o pedirnos que enviemos comunicaciones acerca de su información de salud a la dirección que usted solicite. Le concederemos su solicitud si es posible.

Derecho a una Copia en Papel de esta Notificación

Usted tiene el derecho a una copia de papel de esta notificación en cualquier momento pidiendo una en cualquiera de las oficinas *NMDOH* o localidades de tratamiento. Usted también puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio web, www.nmhealth.org.

Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede hacer una queja al Jefe de Privacidad *NMDOH*, o puede archivar una queja con la Oficina de Derechos Civiles, Región VI. En caso de que usted archive una queja, ésta no será retenida en su contra o en contra de cualquier miembro de su familia.

Información Adicional

Si usted tiene preguntas en relación a esta notificación o para información adicional, escriba al Jefe de Privacidad *NMDOH*.

Para contactar al Jefe de Privacidad, escriba o llame:

**CHIEF PRIVACY OFFICER
OFFICE OF THE SECRETARY
NM DEPARTMENT OF HEALTH
PO Box 26110
SANTA FE, NM 87502
505-827-2613**

Información Acerca de Esta Notificación

Podríamos cambiar esta notificación en cualquier momento. Podríamos hacer una revisión o cambiar la notificación efectiva para información de salud que tenemos de usted tanto como cualquier información recibida en el futuro. Pondremos una copia de la notificación actual en nuestros lugares de tratamiento. La notificación mostrará la fecha efectiva en la primera página. Cada vez que usted vaya a una facilidad *NMDOH* para tratamiento o servicios de cuidado de salud, usted puede pedir una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestra notificación, le proveeremos la notificación revisada. La notificación revisada estará disponible en todas nuestras localidades de tratamiento y en nuestro sitio web, www.nmhealth.org.



Política de Privacidad Revisada

Efectiva septiembre de 2017

El Departamento de Salud de Nuevo México está requerido por ley a mantener su información de salud privada y de informarle nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad.

¿Qué clase de información colectamos?

Podríamos colectar alguna o toda la siguiente información acerca de usted: su nombre, dirección, fecha de nacimiento, alguna información financiera e información acerca de su salud.

¿Qué hacemos con esta información?

Utilizamos la información de su salud para ayudarle en su tratamiento. Las personas cuidando de usted podrían discutir su información con otros quienes están envueltos en su cuidado de salud. También podríamos compartir su información para recibir pagos o para ayudarle a usted en proveerle cuidado de salud de calidad.

¿Quién más puede ver su información?

Nosotros podremos liberar información acerca de usted en caso de que sea necesaria para prevenir o controlar la propagación de una enfermedad. Podríamos tener que darle información a la policía o las cortes si se nos es ordenado hacer.

¿Cuáles son sus derechos?

Usted tiene el derecho de ver su información de salud y de recibir una copia. Podríamos hacerle un cargo por hacer las copias. Si usted entiende que hay errores en su información, usted puede pedirnos que hagamos las correcciones. Usted tiene el derecho de saber con quiénes hemos compartido su información y por qué. Usted nos puede pedir que NO compartamos ciertas partes de su información de salud. Usted también tiene el derecho de ser notificado en caso de que sepamos de algún acceso no autorizado, uso o revelación de su información.

¿Qué puede hacer usted en caso de tener una queja?

Si usted cree que sus derechos no han sido respetados, usted puede quejarse con ***NM Department of Health Chief Privacy Officer, PO Box 26110, Santa Fe, NM 87502*** o usted puede archivar una queja con ***Office of Civil Rights, Region VI, Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202***. Si usted ha archivado una queja en algún momento, ésta no será retenida en su contra o en contra de cualquiera de sus familiares.

Más información detallada acerca de sus derechos de privacidad está adjunta en este folleto.



Notificación Revisada de Prácticas de Privacidad

Esta notificación describe cómo su información médica puede ser utilizada y revelada y cómo usted puede accederla. Por favor revise cuidadosamente.

Cómo el Departamento de Salud de Nuevo México Podría Utilizar o Revelar Su Información de Salud

Tratamiento

Las personas que le proveen servicios del cuidado de la salud utilizarán su información para determinar el mejor cuidado para usted. También podríamos compartir su información de salud para proveer los servicios que usted pudiera necesitar tales como exámenes físicos, servicios nutricionales, medicamentos y prescripciones u hospitalización. También podríamos revelar su información de salud a personas fuera del Departamento de Salud de Nuevo México (NMDOH) que puedan estar envueltas en su cuidado médico tales como miembros de la familia, doctores u otros quienes proveen parte de su cuidado.

Pagos

NMDOH podría compartir su información con su plan médico o compañía de seguros para recibir pagos por nuestros servicios. Por ejemplo, necesitaríamos dar información a su plan médico acerca de un examen clínico o vacunas que usted recibió (o que su niño recibió), para que nos paguen o para que le paguen a usted por el tratamiento o servicios recibidos. También le podríamos decir a su plan acerca de un tratamiento que usted recibirá, para que ellos accedan a pagar por el tratamiento.

Operaciones del Cuidado de la Salud

Podríamos utilizar su información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal cuidándole a usted. Podríamos combinar la información de salud de muchos pacientes para decidir si es necesario añadir servicios adicionales y si ciertos tratamientos y servicios nuevos son efectivos. Podríamos compartir información con doctores, personal de enfermería, técnicos, médicos internos y otro personal NMDOH para propósito de aprendizaje. Podríamos compartir su información de salud con otros proveedores del cuidado para ver dónde podríamos hacer mejoras en el cuidado y servicios que ofrecemos.

A veces removeremos su nombre de la información, para que otros puedan utilizarla junto con la de otros pacientes para estudiar nuestros servicios del cuidado de la salud.

Recordatorio de Citas e Información

Podríamos llamarle o escribirle para recordarle que tiene una cita para tratamiento o cuidado médico. Podríamos decirle acerca de beneficios o servicios relacionados a la salud que puedan ser de interés para usted.

Directorio de Facilidades

Podríamos incluir alguna información suya en el directorio de pacientes para una localidad NMDOH mientras usted es un paciente allí. Esto podría incluir su nombre, localización de la facilidad u hospital. La información del directorio se le podría dar a los visitantes quienes preguntan por usted por nombre. Usted tiene el derecho de limitar su inclusión en este directorio.

Individuos Envueltos en Su Cuidado o Pagando por Su Cuidado

Podríamos dar información de usted a algún amigo o miembro de la familia que está envuelto en su cuidado médico. Podríamos también darle información a alguien que ayude a pagar por su cuidado. Si usted está recibiendo tratamiento y servicios en una facilidad NMDOH, podríamos decirle a su familia o amigos envueltos en su cuidado acerca de su condición.

Veteranos y Funciones Gubernamentales Especializadas

Si usted fue un miembro de las Fuerzas Armadas de los EU, podríamos divulgar información de su salud como lo requiere la Administración de Veteranos. También podríamos divulgar información acerca de usted para funciones especializadas, tales como seguridad y actividades militares.

Como Requerido por Ley

Compartiremos su información de salud cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.

Riesgos a la Salud Pública

Compartiremos su información de salud cuando por razones de salud pública sea requerido por ley federal o estatal:

- Para mantener o controlar enfermedad, lesión o discapacidad;
- Para reportar abuso o negligencia de menores;
- Para reportar reacciones a medicamentos u otros problemas con productos;
- Para notificar a personas del retiro de productos que puedan estar utilizando;
- Para notificar a una persona quien haya sido expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contagio o propago de una enfermedad o condición;
- Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente o cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad.

Actividades de Supervisión de Salud

Podríamos compartir información de salud para acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Esto es necesario para que el gobierno monitoree el sistema del cuidado de la salud, programas y leyes gubernamentales.

Demandas y Otras Disputas

Si usted está envuelto en una demanda u otra disputa legal, NMDOH podría compartir su información de salud en respuesta a una orden de la corte o administrativa. Podríamos también compartir su información de salud en respuesta a una citación u otro proceso legal por cualquiera otro envuelto en la disputa. Lo haremos solo si usted ha sido informado de la solicitud y si usted ha tenido la oportunidad de objetar a la publicación de la información u obtener una solicitud de orden de protección de información.

Cumplimiento de la Ley

Podríamos compartir su información si un oficial del cumplimiento de la ley nos pregunta, y si las leyes y regulaciones federales y estatales nos lo permiten:

- En respuesta a una orden de la corte, citación, mandato, emplazamiento o procesos similares;

- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Acerca de una víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no somos capaces de obtener su acuerdo;
- Acerca de una muerte que creemos ha sido el resultado de conducta criminal;
- Acerca de conducta criminal en una localidad NMDOH;
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la localización del crimen o víctimas, o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen; y
- Acerca de una muerte que creemos puede haber sido el resultado de una conducta criminal, la localización del crimen o víctimas, o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

Investigadores Médicos, Médicos Forenses y Directores Funerales

Podríamos dar información de salud al investigador médico o médico forense autorizado. Por ejemplo, esta información podría ser necesaria para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. Podríamos liberar información de salud protegida a directores funerales como sea necesario para que ellos puedan cumplir con sus funciones.

Reclusos

Si usted es un recluso en una institución correccional, o bajo la custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podríamos liberar su información de salud a la institución correccional o al oficial del cumplimiento de la ley. Esto podría ser necesario para que la institución le provea con los servicios de salud, para proteger su salud o la seguridad y salud de otros, o para la seguridad y protección de la institución correccional.

Otros Usos de la Información de Salud

No utilizaremos o compartiremos su información de salud por ninguna otra razón sin su permiso escrito. Usted entiende que no podemos regresar ninguna revelación que hayamos hecho con su permiso, y que estamos requeridos a mantener en nuestros archivos del cuidado que le ofrecemos.



Intake & Eligibility Contact List

REGIONAL OFFICES

CENTRAL REGISTRY UNIT MANAGER:

Nicole Hernandez

1170 N Solano, Suite G, Las Cruces, NM 88001
Cell: 505-372-8017 * Fax: 505-222-6690
nicole.hernandez3@doh.nm.gov

REGIONAL OFFICE ELIGIBILITY WORKERS

NORTHEAST

Aida Franco
224 Cruz Alta Rd, Suite B
Taos, NM 87571
Cell: 505-423-4113
Fax: 575-758-5973
aida.franco@doh.nm.gov

NORTHWEST

Cheryle Anderson
2914 E Highway 66
Gallup, NM 87301
Cell: 505-372-8018
Fax: 505-863-4978 or 505-222-6690
cheryle.anderson@doh.nm.gov

SOUTHEAST

Sarah Duron-Montuori (A – K)
726B S Sunset
Roswell, NM 88203
Cell: 505-372-8015
Fax: 575-624-6104
sarah.duronmontuori@doh.nm.gov

Laria Conde (L – Z)

726B S Sunset
Roswell, NM 88203
Cell: 505-372-8019
Fax: 575-624-6104
laria.conde2@doh.nm.gov

SOUTHWEST

Bernice Rivera (A – K)
1170 N Solano, Suite G
Las Cruces, NM 88001
Cell: 505-372-8023
Fax: 505-222-6690
bernice.rivera@doh.nm.gov

Beverly Estrada (L – Z)

1170 N Solano, Suite G
Las Cruces, NM 88001
Cell: 575-997-7980
Fax: 505-222-6690
beverly.estrada@doh.nm.gov



Intake & Eligibility Contact List

METRO OFFICE

CENTRAL REGISTRY UNIT MANAGER:

Renee Valerio

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230, Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-372-8024 * Fax: 505-222-6690
renee.valerio@doh.nm.gov

METRO REGIONAL OFFICE ELIGIBILITY WORKERS

Kathryn Lesarley (A – C)

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-372-8022
Fax: 505-222-6690
kathryn.lesarley@doh.nm.gov

Myles Winter (I – M)

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-372-8020
Fax: 505-222-6690
myles.winter@doh.nm.gov

Micky Cariño (S – Z)

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-372-8021
Fax: 505-222-6690
micky.carino@doh.nm.gov

Moses Martinez (D – H)

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-362-8613
Fax: 505-222-6690
moses.martinez3@doh.nm.gov

Denise Herrera (N – R)

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-389-3664
Fax: 505-222-6690
denise.herrera1@doh.nm.gov

IEB ADMINISTRATIVE SUPPORT

Romelia Mendoza

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-350-0034
Fax: 505-222-6690
romelia.mendoza@doh.nm.gov

Amelia Perez

5300 Homestead Rd. NE, Suite 230
Albuquerque, NM 87110
Cell: 505-470-5825
Fax: 505-222-6690
amelia.perez@doh.nm.gov

División de Asistencia para Discapacidades del Desarrollo (DDSD)

Hoja informativa de la Oficina de Admisión y Elegibilidad



¿Qué son las exenciones para servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS)?

La DDSD proporciona exenciones HCBS, incluidas las exenciones por discapacidad del desarrollo (DD) y Mi Via, para ayudar a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo a vivir con éxito en su comunidad, ser más independientes y alcanzar sus objetivos personales.

¿Quién es elegible?

Las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que cumplen con la definición de discapacidad del desarrollo de acuerdo con el Código Administrativo de Nuevo México (NMAC) 8.290.400 son elegibles para las Exenciones HCBS. En general, para coincidir con la definición de una discapacidad del desarrollo el individuo debe:

- padecer una **discapacidad intelectual** que haya comenzado antes de los 18 años o
- una **afección relacionada** (ejemplos: parálisis cerebral, trastorno del espectro autista, síndrome de Down, epilepsia) que comenzó antes de los 22 años y es probable que continúe indefinidamente; con coeficiente intelectual o comportamientos adaptativos similares a los de alguien con DI; **y** tienen **limitaciones funcionales sustanciales** en al menos 3 áreas de actividad vital importante.

Cómo solicitar los beneficios

El primer paso en el proceso es completar el Paquete de Solicitud de Exención Basada en el Hogar y la Comunidad disponible en línea en <https://www.nmhealth.org/about/ddsd/> o en su oficina local de la DDSD.

La fecha de solicitud recibida por la DDSD es la fecha de solicitud del Registro Central (anteriormente denominada fecha de registro). Recibirá una oferta basada en esa fecha de solicitud.

Después de que la oficina regional de la DDSD reciba la solicitud y la documentación complementaria, el trabajador de elegibilidad asignado a su caso se pondrá en contacto con usted y le comunicará si la información está completa, y podrán determinar si la persona cumple los criterios de DD o si se necesita información adicional.

Si cumple los requisitos, recibirá una carta de "Sí cumple" los requisitos en la que se le indicará que su nombre está en la lista de espera para recibir servicios en función de la fecha de su solicitud.

Lista de espera para la exención DD

La lista de espera es un listado de personas que se ha determinado que cumplen la definición de discapacidad del desarrollo y están esperando una asignación a las exenciones. Las personas son retiradas de la lista de espera por fecha de solicitud cuando la asignación está disponible.

Servicios disponibles mientras esté en lista de espera

Mientras esté en la lista de espera, puede haber otros servicios disponibles, incluyendo los Fondos Generales del Estado (SGF), los Beneficios Comunitarios de *Centennial Care* y otros recursos comunitarios:

1. Fondos Generales del Estado (SGF)

Los Fondos Generales del Estado, o SGF, son un número limitado de servicios y ayudas disponibles para las personas que han completado el proceso de elegibilidad y están en la lista de espera de servicios. Para obtener más información y saber qué servicios están disponibles, póngase en contacto con el encargado de los Fondos Generales del Estado en su oficina regional.

2. Beneficios comunitarios de *Centennial Care*

Si usted es beneficiario de Medicaid, puede ser elegible para los beneficios comunitarios de *Centennial Care*. Póngase en contacto con su Organización de Atención Administrada (MCO) para obtener más información.

Asignaciones

Cuando la asignación de fondos esté disponible, se le enviará por correo una Carta de Interés y la Libertad Primaria de Elección (PFOC). La carta será enviada a la dirección que DDSD ha listado en el Registro Central, por lo que es fundamental que se comunique con su trabajador de elegibilidad sobre una base regular para asegurar que su información de contacto es actual.