

Solicitud de cribado para el Exención de discapacidades del desarrollo



Nombre de la persona que se proyectará: (Por favor, imprima) _____

Teléfono residencial (con código de área): _____ Teléfono celular: _____

Marque uno: ___ Male ___ Female Fecha de solicitud: _____

Dirección: _____

Dirección de la calle: _____

Zip de la ciudad-estado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Número del Seguro Social: _____

Incluya con este formulario de solicitud cualquier documentación que respalde el diagnóstico actual de discapacidad del desarrollo. Algunos ejemplos de documentación de respaldo incluyen:

_____ Documentación médica de discapacidad

_____ Declaración del médico

_____ Evaluación psicológica más reciente, (+ puntajes de CI)

_____ Todos los informes psicológicos disponibles

_____ Informes más recientes del equipo de estudio infantil o de la escuela

_____ Evaluaciones de Aprendizaje/Resúmenes Sociales

_____ Evaluación psiquiátrica

_____ Evaluación neurológica

_____ Registros hospitalarios/Resumen de alta

_____ Fisioterapia/Terapia Ocupacional/Terapia del Habla Eval

revisado: 07/01/2021 1



¿La persona para la que está solicitando una prueba de detección tiene un diagnóstico de discapacidad intelectual? Sí: ___ No: ___ Don no lo sé: _____

Motivo de la solicitud de servicios: _____

Si se requiere un intérprete, enumere el idioma preferido _____

Nombre del padre/tutor (si corresponde): _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Dirección de correo electrónico de la persona que completa este formulario: _____

Firma de la persona que completa este formulario: _____

Por favor, rellene este formulario completamente y, junto con la documentación adjunta, entregue a:

463 E. Washington Street
Harrisonburg, VA 22802
Atención: DD Services

O

Fax a: 540-432-0572