

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DDDS por sus siglas en inglés) PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD

La División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (DDDS por sus siglas en inglés) apoya a las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, autismo y síndrome de Prader Willi. Las personas pueden solicitar servicios de la División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (DDDS por sus siglas en inglés) para sí mismas, para su(s) hijo(s) o para alguien que esté bajo su tutela.

¿Cómo puedo aplicar?

Complete y envíe la Solicitud de Servicios y los documentos de respaldo. La solicitud recopila información suya que permitirá a DDDS determinar si cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en la sección 2100 del Título 16 del Código Administrativo de Delaware.

¿Qué tipos de evaluaciones se requieren con la solicitud?

DDDS requiere documentación para establecer que el solicitante tiene una de las condiciones de cualificación (discapacidad intelectual y del desarrollo, autismo o síndrome de Prader Willi) y, cuando corresponda, que el solicitante también cumple con el umbral para el nivel funcional.

La documentación de discapacidad intelectual y del desarrollo puede incluir evaluaciones de diagnóstico realizadas por profesionales con licencia de la escuela o privados, o, en algunos casos, historial médico completado por profesionales calificados antes del 22 cumpleaños del solicitante. Es mejor presentar copias de evaluaciones educativas, psicológicas y de funcionamiento adaptativo con una solicitud completa, ya que simplifica el proceso de revisión de la solicitud. Sin embargo, la documentación puede presentarse por separado. Es posible que el DDDS necesite solicitar evaluaciones o registros médicos adicionales o más actuales para determinar elegibilidad.

Los tipos de evaluaciones más utilizados para determinar elegibilidad son las siguientes:

Evaluación Estandarizada del Funcionamiento Intelectual (Escala de Inteligencia Wechsler, Escala de Inteligencia Stanford-Binet)	Evaluación del Funcionamiento del Comportamiento Adaptativo (Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland, Sistema de Evaluación del Comportamiento Adaptativo)
Evaluación Estandarizada para el Trastorno del Espectro Autista realizada por un profesional con licencia	Copia del informe del médico donde se diagnostica Prader Willi o lesión cerebral

En el siguiente enlace encontrará disponible una lista completa de los instrumentos de evaluación aceptados por DDDS: <https://dhss.delaware.gov/dhss/ddds/files/assessmentslist2020.pdf>

¿Qué otros documentos se necesitan?

Además de la solicitud y las evaluaciones requeridas, todos los solicitantes deben presentar copias de los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento
- Tarjeta del Seguro Social
- Documentación de la condición de extranjero para los no ciudadanos de los Estados Unidos de América
- Tarjeta de Medicaid (si corresponde)
- Prueba de residencia de Delaware (es decir, tarjeta de identificación emitida por el estado de Delaware, plan de educación individual actual - IEP, etc.)

- Orden de tutela emitida por el Tribunal de Familia de Delaware para menores o el Tribunal de Cancillería para adultos, si corresponde

El solicitante también debe firmar los siguientes documentos al momento de llenar la solicitud si tiene 18 años o más:

- Solicitud
- Consentimiento para Información de Salud para Determinar Elegibilidad
- Aviso de Responsabilidad Financiera
- Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Tenga en cuenta que, si el solicitante tiene un tutor legal en Delaware, el tutor debe firmar los documentos requeridos. Si no se presenta la documentación de una orden de tutela de Delaware, el solicitante debe firmar la solicitud. Si el solicitante no puede firmar, debe hacer una marca en la línea de firma (firma con marca) y que un adulto lo atestigüe.

¿Dónde entrego la solicitud de elegibilidad?

Puede enviarla por correo a:

Office of Applicant Services
Division of Developmental Disabilities Services
Woodbrook Professional Center
1052 South Governor's Avenue, Suite 101
Dover DE 19904

o:

Puede enviarla por fax a: (302) 744-9711

¿Qué sucede después de entregar la solicitud?

Una vez que la Oficina de Servicios al Solicitantes de DDDS recibe una solicitud, envía una carta al solicitante confirmando el recibo, la cual incluye información sobre los siguientes pasos. DDDS determinará la elegibilidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa con todos los informes y evaluaciones requeridos. DDDS enviará una carta a la dirección en la solicitud indicando su determinación. Si DDDS determina que el solicitante no cumple con los criterios de elegibilidad, la carta indicará la base de la determinación.

Si el DDDS no puede determinar la elegibilidad en función de la información incluida en la solicitud, un Coordinador de Servicios del Solicitante (ASC por sus siglas en inglés) se comunicará con el solicitante mediante correspondencia escrita dentro de los 30 días siguientes para solicitar información adicional específica. Si es necesario, el Coordinador puede hacer recomendaciones de opciones y fuentes para obtener la información requerida. DDDS no podrá tomar una determinación de elegibilidad si usted no presenta una solicitud completa y todos los documentos requeridos.

¿Qué hago si necesito ayuda con el proceso de solicitud?

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, no dude en llamar a la Oficina de Servicios al Solicitantes de DDDS: (302) 744-9700 o al número gratuito 1-866-552-5758, Opción 2. Fax: (302) 744-9711.

Si no cumplo con los criterios de elegibilidad, ¿hay un proceso de apelación?

Sí. Si no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, usted tiene derecho a apelar la decisión. Recibirá información por escrito sobre las opciones para apelar la decisión con la carta de determinación de elegibilidad. Si necesita información adicional, puede comunicarse con el presidente del Comité de Apelaciones al (302) 744-9628.



SOLICITUD DE SERVICIOS
DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO
(DDDS *por sus siglas en ingles*)

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	(Indicar celular, casa o trabajo) <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
Teléfono Alternativo:	(Indicar celular, casa o trabajo) <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
Correo Electrónico:	
# Delaware Medicaid (si aplica):	# Seguro Social:
<i>** Adjunte una copia del Certificado de Nacimiento, Tarjeta de Seguro Social y Tarjeta de Medicaid (si aplica)**</i>	
Sexo (Masculino/Femenino):	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	(MM/DD/AAAA):

Raza o Etnicidad Primaria del Solicitante:

- Indio Americano / Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
- Blanco
- Otro
- Hispano
- Desconocido

Raza o Etnicidad Secundaria del Solicitante:

- Indio Americano / Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
- Blanco
- Otro
- Hispano
- Desconocido

Idioma Principal del Solicitante: _____

Idioma Principal de la Familia (si es diferente al solicitante): _____

¿Necesita servicios de interpretación (si necesitamos comunicarnos con usted)? Sí No

INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD

(La siguiente información se utilizará con el propósito de determinar la elegibilidad)

1. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones?

- | <u>Sí</u> | <u>No</u> | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastornos del Espectro Autista |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Síndrome de Prader Willi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión Cerebral que ocurrió antes de los 22 años |

En caso afirmativo a cualquiera de las anteriores, adjunte una copia de toda la documentación de respaldo, incluyendo cualquier prueba o evaluación psicológicas estandarizada que verifique lo anterior. La prueba o evaluación estandarizada debe haberse completado antes de los 22 años para ser utilizada para determinar la elegibilidad

2. ¿Se ha administrado una evaluación estandarizada del comportamiento adaptativo al solicitante, donde en dicha evaluación pregunte qué tan bien el solicitante puede hacer las cosas solo o con la ayuda de otros, tales como cuidado personal (bañarse, lavarse el cabello, etc.), cocinar, limpiar o utilizar transporte público?
- Sí No

En caso afirmativo, proporcione una copia de la evaluación estandarizada. La evaluación debe haberse completado antes de los 22 años para ser utilizada para determinar la elegibilidad.

Los instrumentos o evaluaciones estandarizados utilizados o aceptados por DDDS para determinar la elegibilidad se enumeran en el sitio web de DDDS:

<https://dhss.delaware.gov/dhss/ddds/files/assessmentslist2020.pdf>

También se puede solicitar una copia de Servicios al Solicitante llamando al 302-744-9700.

Está alguien designado como tutor del solicitante de: Persona Propiedad Ambos

En caso afirmativo, proporcione el nombre y la información de contacto de esa persona a continuación y adjunte una copia de la orden de tutela con esta solicitud.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES O TUTORES (si corresponde)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono _____ (Indicar celular, casa o trabajo) Cel Casa Trabajo

Teléfono Alternativo: _____ (Indicar celular, casa o trabajo) Cel Casa Trabajo

Relación con el Solicitante: Padre o Madre Tutor Ambos

Correo Electrónico: _____

Si el solicitante no tiene un tutor, ¿tiene el solicitante un sustituto que pueda ayudarlo a tomar decisiones?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y la información de contacto de esa persona?

INFORMACIÓN SOBRE CIUDADANÍA Y RESIDENCIA

(La siguiente información se utilizará con el propósito de determinar la elegibilidad)

¿Es el solicitante un ciudadano de los Estados Unidos de América? Sí No

¿Es el solicitante un extranjero legal de los Estados Unidos de América?
(Si es un extranjero legal, debe proporcionar documentación de su estado legal) Sí No

¿Es el solicitante un residente del estado de Delaware? Sí No

La posible documentación incluye:

- Licencia de Conducir o Identificación válida del Estado de Delaware emitida por el Departamento de Vehículos Motorizados
- Otra Tarjeta de Identificación con foto de Delaware, que incluya la dirección residencial del solicitante, emitida por una agencia de la ciudad o del condado
- Talonario de pago reciente
- Factura telefónica o utilidades con dirección
- Copia del contrato de arrendamiento del lugar ocupado por el solicitante
- Copia del Plan de Educación Individual (IEP por sus siglas en inglés) actual con una dirección de Delaware de una escuela del estado de Delaware, etc.

PREGUNTAS ADICIONALES

- ¿Puede un representante de DDDS dejar un mensaje telefónico en el correo de voz en los números proporcionados? Sí No
- ¿Puede un representante de DDDS contactar al solicitante, padre, tutor y/a persona que lo asiste a través de las direcciones de correo electrónico en esta solicitud? Sí No

Entiendo que esta solicitud es para determinar la elegibilidad para los servicios de DDDS. Certifico que he proporcionado respuestas verdaderas y completas a las preguntas según mi mejor conocimiento y entendimiento. Entiendo que proporcionar información falsa sobre los beneficios subsidiados por el gobierno puede ser motivo de denegación de elegibilidad.

Entiendo y acepto que para acceder a los servicios de DDDS en el hogar y en la comunidad o institucionales que potencialmente pueden ser financiados por Medicaid, yo debo:

- *solicitar, ser aprobado y mantener la elegibilidad para un Programa Medicaid de Delaware que cubra servicios basados en el hogar y la comunidad.*
- *solicitar todos los beneficios del Seguro Social a los que tengo derecho, si estoy buscando apoyos en un entorno residencial administrado por un proveedor de DDDS, como un hogar grupal, para poder pagar los costos de mi habitación y comida.*

DDDS no utilizará fondos estatales para servicios en el hogar y en la comunidad o institucionales que pueden ser cubiertos por el Medicaid de Delaware si el Solicitante decide no inscribirse en el programa apropiado de Medicaid de Delaware.

Persona que ayuda al solicitante a completar esta solicitud (si corresponde):

Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Firmas Requeridas:

Firma del solicitante:

Nombre Impreso del Solicitante Firma del Solicitante Fecha

Relación del firmante alternativo (padre o tutor) con el Solicitante:

Si la firma es una marca (X), se requiere un testigo:

Nombre Impreso del Testigo Firma del Testigo Fecha



Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS DE DDDS

Yo, o mi representante autorizado, por este medio autorizamos a la División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (DDDS por sus siglas en inglés) a divulgar a las siguientes entidades que estoy solicitando los servicios de DDDS y a obtener mi Información de salud personal y / o cualquier otro documento solicitado en este consentimiento de las siguientes entidades con el propósito de determinar mi elegibilidad para los servicios de DDDS:

ORGANIZACIÓN	SÍ	ORGANIZACIÓN	SÍ
Child Development Watch <i>(Vigilancia Del Desarrollo Infantil)</i>	<input type="checkbox"/>	Nemours A.I. DuPont Hospital for Children <i>(Hospital Nemours A.I. DuPont para Niños)</i>	<input type="checkbox"/>
Delaware Psychiatric Center <i>(Centro Psiquiátrico de Delaware)</i>	<input type="checkbox"/>	Rockford Center <i>(Centro Rockford)</i>	<input type="checkbox"/>
Division of Prevention and Behavioral Health Services <i>(División de Servicios de Prevención y Salud del Comportamiento)</i>	<input type="checkbox"/>	Social Security Administration/Disability Determination Services (DDS) <i>(Administración del Seguro Social/Servicios de Determinación de Discapacidad)</i>	<input type="checkbox"/>
Division of Substance Abuse and Mental Health <i>(División de Abuso de Sustancias y Salud Mental)</i>	<input type="checkbox"/>	SUN Behavioral Health <i>(Salud del Comportamiento SUN)</i>	<input type="checkbox"/>
Division of Vocational Rehabilitation: <i>(División de Rehabilitación Vocacional)</i> Ubicación:	<input type="checkbox"/>	Otra (especifique):	<input type="checkbox"/>
Dover Behavioral Health System <i>(Sistema de Salud del Comportamiento de Dover)</i>	<input type="checkbox"/>	Otra (especifique):	<input type="checkbox"/>
MeadowWood Behavioral Health System <i>(Sistema de Salud del Comportamiento de MeadowWood)</i>	<input type="checkbox"/>	Otra (especifique):	<input type="checkbox"/>
Escuelas: Nombre la última escuela a la que asistió (sin incluir la universidad):			
<input type="checkbox"/> Estudiante Actual _____			
<input type="checkbox"/> Exalumno _____ Fechas en que Asistió _____			

Agencia Solicitante (a quien se enviará la información):

División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (DDDS), Oficina de Servicios al Solicitante		
Dirección: 1052 South Governor's Avenue, Suite 101		
Ciudad: Dover	Estado: DE	Código Postal: 19904

Información específica a ser entregada: (Por favor seleccione todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Informes de Evaluación Detallada	<input type="checkbox"/> Resumen de Informes de Evaluación
<input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicológicas	<input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicoeducativas
<input type="checkbox"/> Evaluación Detallada con una Evaluación Estandarizada para el Trastorno del Espectro Autista (TEA)	<input type="checkbox"/> Evaluaciones Estandarizadas del Funcionamiento Intelectual (pruebas de coeficiente intelectual)
<input type="checkbox"/> Evaluaciones Estandarizadas del Funcionamiento del Comportamiento Adaptativo	<input type="checkbox"/> Informes del Programa de Educación Individualizada (IEP por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/> Récord Médico para confirmar diagnóstico	<input type="checkbox"/> Otra (especifique):



Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

La información solicitada incluye análisis, evaluaciones médicas, pruebas psicológicas, consultas y resúmenes de alta. Las fechas de servicio a ser cubiertas por esta autorización incluyen todos los años de servicios recibidos o admisiones del Solicitante.

Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha de la firma, y entiendo que puedo revocar esta autorización mediante comunicación escrita al Director de Servicios al Solicitante, Woodbrook Professional Center, 1052 South Governor's Avenue, Suite 101, Dover, DE 19904.

Mi firma indica que sé qué información se está divulgando y he tenido la oportunidad de corregir o cambiar la información para asegurarme de que sea correcta y completa. Estoy consciente de que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Mi firma también significa que he leído este formulario y / o me lo han leído y explicado en un idioma que puedo entender. Se han completado todos los espacios en blanco, excepto las firmas y las fechas.

Firmas Requeridas:

Firma del Solicitante:

Firma

Fecha

Si la firma es una marca (X), se requiere un testigo:

Nombre y firma del testigo, cuando corresponda:

Nombre en Letra de Imprenta

Firma

Fecha

Relación del Testigo con el Solicitante:

Nombre y firma del tutor o padre para menores, cuando corresponda:

Nombre en Letra de Imprenta

Firma

Fecha

Relación de otro firmante con el solicitante:



Autorización para Ayudar con la Solicitud de Servicios de DDDS

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Letra de Imprenta)

Por la presente autorizo a la persona nombrada a continuación para que me ayude a solicitar los servicios de DDDS.

Si aún se necesita más información después de presentar la solicitud, autorizo a Servicios al Solicitante de DDDS para incluir a la persona que me ayuda en toda la correspondencia relacionada con el proceso de solicitud (por ejemplo, cartas que detallen qué información se necesita, determinación de elegibilidad, proceso de apelación, etc.).

La persona autorizada para ayudarme es:

Nombre: _____ Relación: _____

Información de Contacto: Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Firma del Solicitante: _____
Firma Fecha

Si la firma es una marca (X), se requiere un testigo:

Nombre y firma del testigo, cuando corresponda:

Nombre en Letra de Imprenta Firma Fecha

Relación del Testigo con el Solicitante: _____

Nombre y firma del tutor o padre o madre para menores, cuando corresponda:

Nombre en Letra de Imprenta Firma Fecha

Relación con el Solicitante: _____



Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL SOLICITANTE O DEL PADRE DE UN NIÑO MENOR QUE SOLICITA SERVICIOS DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DDDS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

El solicitante o padre de un niño menor debe demostrar la debida diligencia al tomar todas las medidas necesarias para que el solicitante sea elegible para Medicaid y otros beneficios, tales como los proporcionados por la Administración del Seguro Social. Esto puede incluir el establecimiento de fideicomisos calificados que permitan excluir los ingresos y recursos de la determinación de elegibilidad financiera con el propósito de establecer la elegibilidad para Medicaid.

Los solicitantes que buscan servicios de DDDS que optan no hacerse elegibles para Medicaid son legalmente responsables del costo total de los servicios. (29 Código de Delaware, Sección 7940).

<https://delcode.delaware.gov/title29/c079/sc03/index.shtml>

Los solicitantes que buscan recibir servicios institucionales en Stockley Center que optan no hacerse elegibles para Medicaid son legalmente responsables del costo total de los servicios según el Código de Delaware 16, Sección 5520 para las obligaciones de pago.

<https://delcode.delaware.gov/title16/c055/sc02/index.shtml>

El solicitante también es responsable de todas las primas, copagos, deducibles y cualquier otros gastos médicamente relacionados (tales como medicamentos, evaluaciones médicas, pruebas de diagnóstico, hospitalizaciones, etc.) que no estén cubiertos por el seguro de salud.

Firmas Requeridas:

Firma del Solicitante:

_____ Firma

_____ Fecha

Si la firma es una marca (X), se requiere un testigo:

Nombre y firma del testigo, cuando corresponda:

_____ Nombre en Letra de Imprenta

_____ Firma

_____ Fecha

Relación del Testigo con el Solicitante: _____

Nombre y firma del tutor o padre para menores, cuando corresponda:

_____ Nombre en Letra de Imprenta

_____ Firma

_____ Fecha

Relación de otro firmante con el solicitante: _____



Confirmación de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Mi firma indica que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad DDDS HIPAA

Firma

Fecha

Si la firma es una marca (X), se requiere un testigo:

Nombre y firma del testigo, cuando corresponda:

Nombre en Letra de Imprenta

Firma

Fecha

Relación del Testigo con el Solicitante: _____

Nombre y firma del tutor o padre para menores, cuando corresponda:

Nombre en Letra de Imprenta

Firma

Fecha

Relación con el Solicitante: _____

Envíe de vuelta esta Confirmación de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA firmada junto con la solicitud completa y el formulario de divulgación de información a:

**Office of Applicant Services
Division of Developmental Disabilities Services
Woodbrook Professional Center
1052 South Governor's Avenue, Suite 101
Dover, DE 19904**

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos:

Teléfono: (302) 744-9700
LLAMADA GRATUITA: (866) 552-5758, Opción 2
FAX: (302) 744-9711



Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Fecha de Revisión: 13 de octubre de 2016

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE

Responsabilidades de DDDS

- La División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo de Delaware (DDDS por sus siglas en inglés) es una "entidad cubierta" bajo HIPAA. Como entidad cubierta, la ley exige que DDDS mantenga la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en inglés) y que le notifiquemos sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su PHI. DDDS también debe notificarle sobre cualquier incumplimiento en cuanto a la divulgación de su PHI que no haya sido asegurada.

DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

- **Derecho a Revisar y Copiar:** Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a revisar o copiar la PHI que mantenemos sobre usted. Usted debe realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. La solicitud debe hacerse a: DDDS Health Information Management Department 26351 Patriots Way Georgetown, DE 19947. Si solicita copias, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo del tiempo del personal, el gasto de envío y el costo de impresión.
- **Derecho a Modificar:** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos la PHI que mantenemos sobre usted. Podemos denegar su solicitud de enmendar su PHI si: (a) no la creamos nosotros y el autor está disponible; (b) es precisa y completa; (c) no es parte de la información que mantenemos; o (d) no es parte de la información que se le permitiría a usted inspeccionar o copiar.
- **Derecho a Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo usamos o revelamos su PHI.
- **Auditoría sobre Derecho la Divulgación de su Información:** Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones que hemos realizado de su PHI.
- **Notificación de Incumplimiento:** Usted tiene derecho a que le notifiquemos si ha habido un incumplimiento en cuanto a la divulgación de su PHI que no haya sido asegurada.
- **Copia del Aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita.

NO TIENE QUE HACER NADA. ESTE AVISO ES SOLO PARA SU INFORMACIÓN.

Si desea revisar, copiar, enmendar, colocar restricciones u obtener su información de salud, debe solicitarla por escrito a: DDDS Health Information Management Department 26351 Patriots Way, Georgetown, DE 19947.

DDDS puede usar y revelar su información de salud protegida sin su autorización para tratamientos, pagos y necesidades operativas. Hemos enumerado a continuación los usos y liberaciones permitidas para los cuales no se requiere su autorización.

- **Para Tratamientos:** Podemos compartir información sobre usted para ayudarlo a obtener atención médica. Por ejemplo, podemos informarle a su médico sobre la atención que haya recibido en una sala de emergencias.
- **Para Pagos:** Podemos usar y compartir su información para que la atención que reciba se pueda facturar y pagar. Por ejemplo, podemos solicitar información a una sala de emergencias antes de pagar la factura por su atención.
- **Para Necesidades Operativas:** Es posible que necesitemos usar y compartir su información para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar información para revisar la calidad de la atención que usted recibe.
- **Excepciones.** Para cierto tipo de registros, su permiso para revelar su información puede ser necesario incluso para tratamientos, pagos o necesidades operativas.
- **Según lo Exija la Ley.** Compartiremos información cuando así lo exija la ley. Ejemplos de ello serían para cumplir con la ley o en respuesta a una orden judicial o citación. También podemos compartir su información para evitar una amenaza grave a su salud, seguridad u otras emergencias. También podemos compartir información para permitir que las agencias gubernamentales auditen nuestras actividades.
- **Con su Autorización.** Si usted nos autoriza por escrito, podemos usar y compartir su información. Si usted nos da su autorización, también tiene derecho a cambiar de opinión y retirarla. Esto debe ser por escrito también. No podemos revertir los usos ya realizados con su autorización.

DDDS tiene el derecho de cambiar este aviso. Un aviso modificado será para la información que ya tenemos, así como la información que obtengamos en el futuro. Debemos ceñirnos a cualquier aviso que esté actualmente vigente. Le enviaremos un nuevo aviso si el cambio que hacemos es importante. También publicaremos una copia del aviso actual en nuestro sitio web en <http://dhss.delaware.gov/dhss/ddds/>

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja escribiendo a:

Stockley Center
Attention: HIPAA Privacy/Complaints Officer
26351 Patriots Way
Georgetown, DE 19947

O:

Region III, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services
150 S. Independence Mall West, Suite 372, Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106-3499
Línea Principal (215) 861-4441
Línea Directa (800) 368-1019

Usted no será penalizado por presentar una queja ante el gobierno federal

Si necesita esta noticia en español favor llamar al 1-800-372-2022