

# Estado de Nevada

Departamento de Empleo, Capacitación y Rehabilitación de Nevada  
OFICINA DE SERVICIOS PARA CIEGOS Y DISCAPACITADOS VISUALES (BSBVI)

<b>SOLICITUD PARA: PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES CON CEGUERA</b>		
NOMBRE:		
<i>Nombre:</i>	<i>Inicial:</i>	<i>Apellido:</i>
DOMICILIO:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO:		
<i>Del hogar</i>	<i>de</i>	<i>contacto</i>
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	

## REGISTRO DE VOTANTE

Registrado  No estoy registrado/a actualmente

MASCULINO  FEMENINO

RAZA:	ESTADO CIVIL:
PROBLEMA DE VISIÓN:	
FECHA DE APARICIÓN:	

## Estado de Nevada

¿HA SOLICITADO ALGUNA VEZ SERVICIOS DE REHABILITACIÓN/ESCASA VISION?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ SÍ, ¿DÓNDE?	¿CUÁNDO?	
¿CÓMO HA SIDO REFERIDO A LA BSBVI?		
¿CÓMO PUEDE AYUDARLE LA BSBVI?		
ACTUALMENTE, ¿CONDUCE UN VEHÍCULO?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
TRANSPORTE QUE UTILIZA ACTUALMENTE:		

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	
NOMBRE:	
	<i>RELACIÓN</i>
DOMICILIO:	
TELÉFONO:	

MIEMBROS DEL HOGAR			
NOMBRE	EDAD	RELACIÓN	OCUPACIÓN

## Estado de Nevada

### EDUCACIÓN:

NIVEL MÁXIMO DE EDUCACIÓN:

PROFESIÓN(ES) ANTERIORES:

MOTIVO POR EL CUAL LAS DEJÓ:

¿ESTÁ INTERESADO/A EN TENER UN EMPLEO?  SÍ  NO

¿ES USTED VETERANO/A?  SÍ  NO

¿TIENE UN SEGURO PRIVADO?  SÍ  NO

NOMBRE DEL SEGURO:

¿TIENE UN SEGURO DE MEDICARE?  SÍ  NO

PARTE A  PARTE B  AMBAS

¿TIENE COBERTURA DE MEDICAID?  SÍ  NO

### COMENTARIOS:

## Estado de Nevada

### **ADJUNTO A LA SOLICITUD** *Información personal confidencial*

- Entiendo que es necesario que la Oficina recopile información personal en relación con el programa de Adultos Mayores Ciegos Independientes (OIB).
- Entiendo que dicha información se recopilará, en la máxima medida posible, de mí.
- Toda la información proporcionada por mí será considerada confidencial y será utilizada únicamente en relación con el programa (OIB).
- Entiendo que la información está disponible para mí cuando así se solicite por escrito, excepto en los casos en los que la Oficina considere que puede esperarse razonablemente que tal información cause daños físicos o emocionales graves.
  - En tales casos, la Oficina compartirá tal información con un representante autorizado.
- Entiendo que la información no será divulgada nuevamente a ninguna otra persona o entidad excepto:
  - cuando se presente un formulario de Divulgación de la información correctamente firmado, que cumpla con las condiciones y esté fechado, o
  - en la administración directa del programa (OIB) tal como está definido en la Política de Confidencialidad (Sección 130.1, Manual de Política y Procedimientos de la BVR/BSBVI).
  - Los registros custodiados por la Administración Federal de Servicios de Rehabilitación no me identifican (RSA-PD-91-12).

### **Declaración de autorización previa**

- Entiendo que la Oficina de Servicios para Ciegos y Discapacitados visuales no pagará por cualquier servicio que mi consejero/a NO HAYA AUTORIZADO POR ESCRITO.
- Si mi consejero/a aprueba un examen médico, esto NO será una aprobación para mi tratamiento o cirugía.
- Cuando un médico, hospital, comerciante u otro proveedor no haya recibido la aprobación de mi consejero/a por anticipado, entiendo que deberé pagar por los productos o servicios yo mismo.

## Estado de Nevada

### Participación financiera del cliente

- Entiendo que se me solicitará proporcionar información financiera y que mis necesidades financieras serán tenidas en cuenta para determinar mi participación en los costos de servicios del programa (OIB) que requieren el gasto de los dólares de servicio del caso.
- No se me requerirá participar del costo de los servicios de diagnóstico para evaluar mi potencial de rehabilitación, mi asesoramiento, guía y servicios de derivación o servicios de colocación.

### El Programa de Asistencia al Cliente (CAP, por sus siglas en inglés)

- El CAP puede proporcionarle información y asistencia con respecto a los programas y servicios que ofrece la Oficina.
- El CAP puede explicarle los servicios disponibles, investigar las quejas que tenga, y ayudarle a resolver sus dudas.
- Puede contactar a la Oficina del CAP más cercana:

#### **Oficina del Sur**

2820 W Charleston Blvd, Ste 11  
Las Vegas, NV 89102  
Teléfono: 702-257-5120  
Línea gratuita: 1-888-349-3843

Retransmisión en Nevada: 711

[lasvegas@ndalc.org](mailto:lasvegas@ndalc.org)

#### **Oficina del Norte**

1875 Plumas St., Ste 1  
Reno, NV 89509  
Teléfono: 775-333-7878  
Línea gratuita: 1-800-992-5715

Retransmisión en Nevada: 711

[reno@ndalc.org](mailto:reno@ndalc.org)

#### **Oficina de Elko**

905 Railroad St, Ste 104B  
Elko, NV 89801  
Teléfono: 775-777-1590  
Línea gratuita: 1-800-992-5715

Retransmisión en Nevada:  
711

[elko@ndalc.org](mailto:elko@ndalc.org)

### Revisión de Desacuerdos: Con Respecto a la Prestación o Denegación de los Servicios

- Si no está de acuerdo con una decisión que ha tomado su consejero/a del programa (OIB) con respecto a la prestación o denegación de los servicios, tiene derecho a que tal decisión sea revisada.
- Primero, debe comunicarse con su consejero/a o el supervisor de su consejero/a acerca de sus preocupaciones.
- Luego, puede contactar al Programa de Asistencia al Cliente (CAP) para que le brinde asistencia con el proceso de revisión.
- Tiene derecho a solicitar una revisión formal de su insatisfacción con una decisión con respecto a la prestación o denegación de los servicios.

## Estado de Nevada

- La revisión será realizada por un oficial de audiencias imparciales.
  - Debe solicitar una audiencia por escrito.
  - Debe dejar registro en su solicitud de la acción o acciones con las cuales no está satisfecho/a.
  - Debe enviar su solicitud por escrito al Responsable de la División de Rehabilitación, 1370 South Curry Street, Carson City, Nevada 89703.
- Las audiencias agendadas serán llevadas a cabo dentro de los 60 días de su solicitud.

- 
- HE SIDO ASESORADO/A ACERCA DE LA PROTECCIÓN, USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL.
  - HE SIDO ASESORADO/A ACERCA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CLIENTE.

SE ME HA INFORMADO ACERCA DE MI OPORTUNIDAD DE REVISAR LAS DECISIONES TOMADAS POR MI CONSEJERO/A DE REHABILITACIÓN CON RESPECTO A LA PRESTACIÓN O DENEGACIÓN DE LOS SERVICIOS.

---

FIRMA

FECHA

FIRMA SI EL SOLICITANTE NECESIDA AYUDA CON LA SOLICITUD:

---

FIRMA

FECHA

# Estado de Nevada

Departamento de Empleo, Capacitación y Rehabilitación de Nevada  
OFICINA DE SERVICIOS PARA CIEGOS Y DISCAPACITADOS VISUALES  
(BSBVI)

## ENCUESTA DE SALUD

Por favor, llene esta encuesta de salud con toda la información que sea posible. Esta encuesta le brindará a su consejero/a una idea de su salud actual y su historial médico. Si necesita más espacio, o le gustaría hacer algún comentario, utilice la parte inferior del formulario.

FECHA:

NOMBRE:

### VISIÓN

DESCRIBA SU VISIÓN:

¿CUÁNDO EXPERIMENTÓ POR PRIMERA VEZ ESTA PÉRDIDA DE LA VISIÓN?

¿DE QUE FORMA LIMITA SU PÉRDIDA DE LA VISIÓN LO QUE USTED PUEDE HACER EN SU HOGAR?

## Estado de Nevada

¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU MÉDICO OFTALMÓLOGO?

¿QUÉ TRATAMIENTO RECIBIÓ PARA SU PÉRDIDA DE LA VISIÓN?

¿CUÁL FUE LA FECHA DE SU ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO OFTALMÓLOGO?

CUÉNTENOS ACERCA DE SU VISIÓN A DISTANCIA:

CUÉNTENOS ACERCA DE SU VISIÓN PARA LEER:

¿UTILIZA USTED ALGÚN EQUIPO ESPECIAL? (EJEMPLOS: LENTES DE AUMENTO, VIDEOVIGILANCIA, CALCULADORAS PARLANTES, PAPEL CON LÍNEAS GRUESAS, ANOTADORES ELECTRÓNICOS, TELÉFONOS Y RELOJES CON BOTONES GRANDES?):

¿PUEDE VER EN COLORES?

SÍ

NO

SI PUEDE HACERLO, ¿QUÉ COLORES PUEDE VER MEJOR?

Estado de Nevada

HISTORIAL MÉDICO

¿PADECE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?

- DE AUDICIÓN
- PRESIÓN ARTERIAL ALTA
- CÁNCER
- SALUD MENTAL\*

*\*Incluye problemas para aprender, pensar, procesar la información y concentrarse. Problemas psicosociales, interpersonales y conductuales, para lidiar con las situaciones, de estrés, o la enfermedad de Alzheimer, ETC.*

- PROBLEMAS CARDÍACOS Y AFECCIONES DEL SISTEMA CIRCULATORIO
- DIABETES MELLITUS
- ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL
- MUSCULOESQUELÉTICO\*

*\* Artritis, reumatismo, amputaciones, fracturas/heridas que hayan causado pérdidas/discapacidades permanentes en las funciones de los miembros.*

discapacidades/trastornos NEUROLÓGICOS debidos a: accidentes cerebrovasculares, neuropatía diabética, enfermedad de Parkinson, trastornos convulsivos, esclerosis múltiple, etc.

- PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS O PULMONARES
- OTROS

COMENTARIOS:

--	--

---

FIRMA FECHA

FIRMA SI EL SOLICITANTE NECESIDA AYUDA CON LA SOLICITUD:

---

FIRMA FECHA