



Oficina de Tutela de NMDDPC
810 W. San Mateo Street, Suite C
Santa Fe, NM 87505
505-476-7332 ph 505-476-7322 fax
Toll Free 1-888-779-6183
www.nmddpc.com/office-of-guardianship

Susana Martinez
Gobernadora

Cristine Marchand
Directora Ejecutiva

Frank Fajardo
Administrador del programa

CASO No. _____

Empleado que llena la planilla de información: _____

Ingresos totales del hogar en el año 20__ : _____

Número de personas que viven en el hogar: _____

Aprobado Rechazado

ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA (MOLDE)
LA OFICINA NO PUEDE PROCESAR LA SOLICITUD SI NO ESTÁ CLARA

Usted puede enviar esta solicitud de tutela por fax: (505-476-7322) o por correo electrónico:

frank.fajardo@state.nm.us

Marque una de las opciones:

Tutela profesional (Compañía) –O– Tutela a cargo de un familiar

Solicitud de:

- Tutela temporal (Si es una emergencia, adjunte la justificación. Aviso: el proceso podrá tardar, como mínimo, varias semanas)
 Tutela limitada
 Tutela total o plena
 Transferencia de Tutela (véase más abajo)
 Tutor sucesor (véase más abajo)

PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD:

FECHA:

NOMBRE:		APELLIDO:	
ORGANIZACIÓN:			
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	
TEL. CASA:	CELULAR:	TEL. DEL TRABAJO:	
FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
RELACIÓN:	IDIOMA:		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE NECESITA TUTOR: (PERSONA PROTEGIDA PROPUESTA)

NOMBRE:		APELLIDO:	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:			
DIRECCIÓN (donde esta persona vive actualmente):			
DIRECCIÓN POSTAL:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	
TEL. (donde vive esta persona):	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		
<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> MUJER	FECHA DE NACIMIENTO:	IDIOMA:
ORÍGEN ÉTNICO (OPCIONAL):			
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> CASADO/A	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A
HIJOS: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre/ Dirección:		Nombre/ Dirección:	
¿TIENE ESTA PERSONA UNA CUENTA BANCARIA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SI RESPONDE SÍ, ¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL BANCO O BANCOS?			
Indique cuál es el IMPEDIMENTO MENTAL/COGNITIVO de la persona:			
Indique qué otras DISCAPACIDADES/DIAGNÓSTICOS tiene la persona:			

Fecha de la última evaluación psiquiátrica, si fuera apropiado:			
Establecimiento/s donde vivió anteriormente:			
Indique si necesitará ayuda con las finanzas: (autoridad para supervisar los asuntos financieros de esta persona) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si se encuentra en una institución o tratamiento, indique si hay un plan para darle el alta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		¿Es necesario un plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
La persona que necesita tutor es:			
Miembro de Jackson Class <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nativo americano en una reserva indígena <input type="checkbox"/>	
Parte del acuerdo Foley <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nativo americano fuera de reserva indígena <input type="checkbox"/>	
SI USTED PIDE UNA TRANSFERENCIA O UN TUTOR SUCESOR (SÍRVASE LLENAR LA SIGUIENTE SECCIÓN)			
Tutor actual:		Relación:	
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	
Dirección:	Ciudad:	Estado y Cód. Postal:	
Condado donde se archivó la Orden Judicial original:		¿Se dispone de una Copia de la Orden? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Explique por qué es necesario Transferir la Tutela o nombrar a un Tutor Sucesor:			

¿Por qué necesita un tutor la persona protegida propuesta?

(Ejemplo: no puede dar consentimiento informado, necesita que alguien tome decisiones, etc.; e indique por qué):

¿Qué alternativas a la tutela ya se han considerado?

(¿Poder notarial, Instrucciones por anticipado para el cuidado de la salud, Última voluntad/Testamento, Persona a cargo de decisiones subrogadas, Orden de no resucitar, Ley uniforme sobre decisiones acerca del cuidado de la salud, o se ha llamado a los Servicios de protección al adulto?) Si se ha hecho algo, sírvase a adjuntar una copia:

Beneficios que recibe la persona que necesita tutor (por ej.: Medicaid, Medicare, DD Waiver, Mi Via, D&E, SSI/SSA):			
Beneficio	Monto	Beneficio	Monto
	\$		\$
	\$		\$
ESTA PERSONA RECIBE: (ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS) FOOD STAMPS: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios solicitados y aún pendientes:			
Servicios que recibe actualmente la persona que necesita tutor:			

AVISO:

Para ser financieramente elegible para nuestro programa, la persona que necesita tutor debe reunir los requisitos financieros necesarios para recibir Medicaid Institucional.

La persona que necesita tutor ¿reúne los requisitos financieros para recibir Medicaid Institucional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado de la exención (Waiver):		Fecha de asignación o ¿está en lista de espera?
¿En qué programa de exención (Waiver) está inscrita la Persona Protegida Propuesta?		
¿Qué tipo de Medicaid tiene la Persona Protegida Propuesta (institucional, comunitario, integración, Medicaid completo, Medicaid slim-b/ Medicaid, ninguno):		
¿Qué tipo de Seguro Social tiene la Persona Protegida Propuesta (SSA-retirement-jubilación, SSA+SSI, SSDI, SSI, SSDI, SSI, ninguno):		
¿Quién es el actual beneficiario representativo?		
NOMBRE:		APELLIDO:
		RELACIÓN:
INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PERSONA PROTEGIDA PROPUESTA		
NOMBRE:		APELLIDO:
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO:	CELULAR:	FAX:
CONDADO:	CORREO ELECTRÓNICO:	

INFORMACIÓN NECESARIA <u>SÓLO</u> SI EL TUTOR PROPUESTO ES UN FAMILIAR (u otra persona que no tiene contrato con la Oficina de Tutela):		
NOMBRE:		APELLIDO:
OTROS NOMBRES QUE HAYA USADO:		
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TEL. CASA:	TEL. TRABAJO:	CELULAR:
FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
RELACIÓN:	IDIOMA:	
¿ALGUNA VEZ LO CONDENARON POR UN DELITO GRAVE (FELONÍA)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No		
AVISO: El tutor familiar propuesto debe presentar una copia de su Declaración de Impuestos Federales más reciente: Es necesario verificar sus ingresos para determinar si reúne los requisitos financieros (300% del nivel de pobreza). La Oficina de Tutela hará un seguimiento con el tutor familiar propuesto para obtener la información de sus ingresos.		
OTROS FAMILIARES O REPRESENTANTES CONOCIDOS (Por ej.: Poder Notarial, Beneficiario Representativo, Tutores para Tratamientos de Salud Mental, administradores de caso, etc.) (sírvese agregar información de personas adicionales si fuera necesario):		
NOMBRE:		APELLIDO:
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TEL. CASA:	TEL. TRABAJO:	TEL. CELULAR:
FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
RELACIÓN:	IDIOMA:	
NOMBRE:		APELLIDO:
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CIUDAD:
TEL. CASA:	TEL. TRABAJO:	TEL. CASA:
FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
RELACIÓN:	IDIOMA:	

ESTABLECIMIENTO/ RESIDENCIA:

Describa los arreglos en cuanto a la vivienda de la persona; es decir, tipo de establecimiento, hogar, etc.

ASISTENCIA ECONÓMICA:

¿Qué ayuda financiera está recibiendo la persona? Por ejemplo: Seguro Social, Medicaid, Pensiones, Pensiones para Veteranos, etc.

ESTRUCTURA DE APOYO:

Por favor, explique quién está ayudando a la persona. Por ejemplo: familia, amistades, administrador del caso, servicios de apoyo en el hogar, etc.

INFORMACIÓN MÉDICA:

Por favor, describa cualquier afección médica que tenga la persona. ¿Tiene la persona una enfermedad crónica? ¿Depende la persona de alguna medicación? y ¿qué tipo de medicación? ¿Puede la persona tomar y administrar la medicación de manera independiente? ¿Tiene la persona un Poder Notarial para decisiones médicas?

DEFICIENCIA MENTAL:

Por favor, describa las deficiencias mentales de la persona protegida propuesta. Por ejemplo: demencia avanzada, discapacidad del desarrollo, enfermedad mental crónica, retraso mental, parálisis cerebral, lesión cerebral traumática, etc.

AMENAZA A LA SEGURIDAD:

¿Es la persona protegida propuesta una amenaza para sí misma o para los demás o en peligro de causar daño considerable?

La Oficina de Tutela y el Consejo de Planificación para Discapacidades del Desarrollo de NM lo respetan a usted y respetan su privacidad. Nos comprometemos a proteger la confidencialidad de toda la información recibida o producida.

He respondido con la verdad, lo mejor que pude. Entiendo que la Oficina de Tutela/ Consejo de Planificación para Discapacidades del Desarrollo de NM podrá suspender los servicios por errores de comunicación u omisiones involuntarios. Entiendo también que la Oficina de Tutela/ Consejo de Planificación para Discapacidades del Desarrollo de NM podrá pedir el reembolso de gastos por los servicios proporcionados si los errores de comunicación u omisiones fueran intencionales.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta o molde: _____

**TENGA EN CUENTA QUE LLEVARÁ 30 DÍAS LABORALES RECIBIR EL ESTADO DE SU CASO
PARA QUE SU CASO SE INCLUYA PRONTO EN NUESTRA LISTA DE ESPERA,
VERIFIQUE QUE HAYA ADJUNTADO A LA SOLICITUD LO SIGUIENTE:**

TUTELA A CARGO DE UN FAMILIAR:

- 1.) Carta de la Oficina del Seguro Social que indique el importe que cada persona está recibiendo.
- 2.) Impuestos declarados más recientemente
- 3.) Todos los ingresos o ayuda financiera que está recibiendo la familia
- 4.) Información sobre cualquier persona que pudiera tener más información sobre este caso.
(Adjunte más hojas si fuera necesario.) Nombre, Dirección, Número de teléfono, Fecha de nacimiento
- 5.) Información del padre o de la madre que está ausente (Si corresponde)
Nombre, Dirección, Número de teléfono, Fecha de nacimiento
- 6.) Diagnóstico de la persona protegida propuesta

TUTELA CORPORATIVA:

- 1.) Carta del Seguro Social que muestre elegibilidad
-O-
Comprobante de elegibilidad para Medicaid Institucional.
- 2.) Todos los ingresos o ayuda financiera que está recibiendo la Persona protegida propuesta
- 3.) Verificación dada por Servicios Humanos del monto de Estampillas para alimentos (Food Stamps) que recibe la Persona protegida propuesta.
- 4.) Información sobre cualquier persona que pudiera tener más información sobre este caso.
(Adjunte más hojas si fuera necesario.) Nombre, Dirección, Número de teléfono, Fecha de nacimiento
- 5.) Diagnóstico de la persona protegida propuesta

POR FAVOR, ADJUNTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SI LOS TIENE:

- ✓ Acta de nacimiento de la Persona Protegida Propuesta
- ✓ Cualquier tipo de identificación de la Persona Protegida Propuesta
- ✓ Estado de la cuenta bancaria de la Persona Protegida Propuesta
- ✓ Información del diagnóstico dado por un Profesional de la Salud Calificado
- ✓ Copia actualizada del Poder Notarial, Instrucciones por Anticipado para el Cuidado de la Salud, Persona a Cargo de las Decisiones Subrogadas, Orden de No Resucitar, Ley uniforme de decisiones sobre el cuidado de la salud o información sobre Servicios de Protección al Adulto (APS por su sigla en inglés).
- ✓ Si este es un caso de transferencia de Tutela, adjunte una Carta de Tutela del Tutor anterior

AVISO:

Es importante informar a la Oficina de Tutela si ha habido algún cambio en la información proporcionada en esta solicitud (por ejemplo: su dirección y/o número de teléfono, establecimiento donde vive la persona protegida propuesta). Sírvase comunicarse con nosotros lo antes posible, de manera que podamos hacer los cambios en el expediente. Esto será de gran ayuda en caso de que debamos comunicarnos con usted con respecto a futuros procedimientos legales en su caso. Si hay algún cambio, nos puede llamar al 505-476-7332 o enviar esta información a:

Office of Guardianship
810 W. San Mateo St., Ste. C
Santa Fe, NM 87505