



Requerimento COMPLETO de determinação de elegibilidade

Devo usar o requerimento COMPLETO ou CURTO?

Use o requerimento COMPLETO se você tiver 18 anos ou mais e:

- Você ainda não fez o requerimento de serviços para deficiência de desenvolvimento, por meio da Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (Division of Developmental Disabilities, DDD) de Nova Jersey ou do Sistema de Atendimento Médico para Crianças (Children's System of Care, PerformCare) de Nova Jersey.
- OU -
- Você foi beneficiário de um serviço por meio do Sistema de Atendimento Médico para Crianças (PerformCare) de Nova Jersey, mas nunca preencheu o *Requerimento de determinação de elegibilidade para menores de 18 anos (Application for Determination of Eligibility for Children Under Age 18)* do PerformCare.

Use o requerimento CURTO se você tiver 18 anos ou mais e:

- Você já fez o requerimento de serviços para deficiência de desenvolvimento por meio da Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (DDD) de Nova Jersey e foi notificado pela DDD de que era elegível.
- OU -
- Você já fez o requerimento de serviços para deficiência de desenvolvimento por meio do Sistema de Atendimento Médico para Crianças (PerformCare) de Nova Jersey e foi notificado pela PerformCare de que era elegível.

Para saber se você já fez o requerimento e é elegível para serviços por meio do Sistema de Atendimento Médico para Crianças (PerformCare) de Nova Jersey, ligue para o PerformCare, no **877-652-7624**.

Para saber se você já fez o requerimento e é elegível para serviços por meio da DDD, ligue para Admissões (Intake) da DDD no **800-832-9173** (quando solicitado, pressione 2 e, em seguida, pressione o número do seu condado).

O Cronograma para Estudantes (Graduates Timeline) da DDD tem informações para alunos de 16 a 21 anos e suas famílias: www.nj.gov/humanservices/ddd/assets/documents/graduates-timeline.pdf

Quer você use o requerimento COMPLETO ou CURTO, a DDD ainda pode precisar entrar em contato com você para obter mais informações.

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE NOVA JERSEY (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
DIVISÃO DE DEFICIÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

INSTRUÇÕES PARA O REQUERIMENTO

- O requerimento pode ser preenchido por uma pessoa com 18 anos ou mais, por um responsável ou representante agindo em nome de uma pessoa com 18 anos ou mais.
- Um requerente com 18 anos ou mais e legalmente responsável por si deve assinar o requerimento e os formulários. (Se um requerente estiver recebendo assistência para preencher o requerimento, a pessoa que o ajuda deve assinar na linha da testemunha.)
- Se você tiver dúvidas sobre o requerimento ou precisar de ajuda para preenchê-lo, entre em contato com a Unidade de Admissões (Intake Unit) do Escritório de Serviços Comunitários (Community Services Office) da DDD de seu condado.

- Envie a inscrição preenchida e assinada e toda a documentação de apoio, por e-mail ou correio:

POR E-MAIL: Digitalize o requerimento e a documentação assinados e envie-os como anexos para DDD.NJApply@dhs.nj.gov. Mencione o seguinte na linha de assunto: Intake Application, Individual's Initials, County of Residence (Requerimento da Unidade de Admissões [Intake], Iniciais da pessoa, Condado de residência (EXEMPLO: Intake Application JS Mercer County).

POR CARTA: Envie o requerimento e cópias da documentação assinados para Admissões (Intake) da DDD, no Escritório de Serviços Comunitários (Community Services Office) do condado de residência do requerente:

Condados atendidos	Localizações de Escritórios de Serviços Comunitários (Community Services Offices)
Morris, Sussex, Warren	ESCRITÓRIO DE FLANDERS: 1 Laurel Drive Flanders, NJ 07836 Telefone: 973.927.2600
Bergen, Hudson, Passaic	ESCRITÓRIO DE PATERSON: 100 Hamilton Plaza, 7th Floor Paterson, NJ 07505 Telefone: 973.977.4004
Essex	ESCRITÓRIO DE NEWARK: 153 Halsey St., 2nd FL, PO Box 47013, Newark, NJ 07101 Telefone: 973.693.5080
Somerset, Union	ESCRITÓRIO DE PLAINFIELD: 110 East 5th Street, Plainfield, NJ 07060 Telefone: 908.226.7800
Monmouth, Ocean	ESCRITÓRIO DE FREEHOLD: Juniper Plaza, Suite 1-J, 3499 Route 9 North, Freehold, NJ 07728 Telefone: 732.863.4500
Hunterdon, Mercer, Middlesex	ESCRITÓRIO DE TRENTON: PO Box 705, Trenton, NJ 08625 Telefone: 800.832.9173
Atlantic, Cape May, Cumberland, Salem	ESCRITÓRIO DE MAYS LANDING: 5218 Atlantic Avenue, Suite 205, Mays Landing, NJ 08330 Telefone: 609.476.5200
Burlington, Camden, Gloucester	ESCRITÓRIO DE VOORHEES: 2 Echelon Plaza, 221 Laurel Rd, Suite 210, Voorhees, NJ 08043 Telefone: 856.770.5900

REQUERIMENTO COMPLETO - O QUE É NECESSÁRIO

Requerimento e formulários

- Requerimento completo
- Aviso de práticas de privacidade (manter em seus registros)
- FORMULÁRIO A: Confirmação de recebimento de aviso de práticas de privacidade
- FORMULÁRIO B Autorização para divulgação de informações de saúde
- FORMULÁRIO C: Autorização para divulgação de registros médicos
- FORMULÁRIO D: Consentimento PARA divulgação de informações à DDD
- Oportunidade de registro de eleitor em New Jersey
- Requerimento de registro de eleitor em New Jersey

Documentação de deficiência de desenvolvimento

Inclua o máximo possível dos documentos abaixo relacionados à deficiência de desenvolvimento do candidato. Quanto mais documentação for fornecida, mais fácil será para a DDD processar o requerimento.

Necessário	Útil, mas não necessário
<ul style="list-style-type: none">• Documentação médica de deficiência• Avaliação psicológica mais recente (+ pontuações de QI)• Avaliações neurológicas• Relatórios mais recentes da equipe de ensino ou da escola da criança• Avaliações psiquiátricas• Avaliações de DVRS• Todos os relatórios psicológicos disponíveis	<ul style="list-style-type: none">• IEP mais recente• Avaliações de terapia da fala• Avaliações de terapia ocupacional• Avaliações de fisioterapia • Registros hospitalares• Resumos sociais

Documentação de elegibilidade do Medicaid

- Carta de adjudicação anual de receita de seguro suplementar (Supplemental Security Income, SSI)

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE NOVA JERSEY (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
DIVISÃO DE DEFICIÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

- Carta de aprovação do Medicaid
- Cópia do cartão de identificação de benefícios de saúde (cartão do Medicaid)

Se o requerente teve dificuldade para obter o Medicaid, entre em contato com o atendimento de ajuda com elegibilidade do Medicaid da DDD: DDD.MediEligHelpdesk@dhs.nj.gov.

Documentação de idade, cidadania dos EUA, residência em NJ

- Observação: o requerente deve ser residente permanente de New Jersey para solicitar serviços por meio da DDD.
- Cópia da certidão de nascimento
- Cópia do cartão do seguro social OU comprovante de cidadania dos EUA OU Green Card
- Cópia de um dos seguintes:
 - Documento de identificação atual com foto da Comissão de Veículos Motorizados (Motor Vehicle Commission, MVC) de Nova Jersey
 - Contracheque
 - Formulário W2
 - Lei de imposto imobiliário (Real Estate Tax Bill) – (somente se o requerente possuir propriedade)
 - Solicitação de mudança permanente de base para New Jersey (se o representante legal do requerente for das Forças Armadas dos EUA)
 - Cartão de confirmação de registro de eleitor

Outra documentação, se aplicável

- Cópia da Ordem de Guarda
- Registros/Avaliações da Divisão de Serviços de Reabilitação Vocacional (Division of Vocational Rehabilitation Services, DVRS) de Nova Jersey (Formulário F3)

Avaliação da NJCAT

Depois que a DDD recebeu e analisou a inscrição e a documentação, e as informações acima foram fornecidas (e incluindo uma entrevista presencial, se considerado apropriado pelo funcionário de Admissões [Intake]), a DDD agendará a pessoa em uma Ferramenta de avaliação abrangente de New Jersey (New Jersey Comprehensive Assessment Tool, NJCAT).

REQUERIMENTO COMPLETO* DE DETERMINAÇÃO DE ELEGIBILIDADE

*Use o Requerimento COMPLETO se você ainda não tiver feito um requerimento para serviços de deficiência de desenvolvimento, por meio da Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (Division of Developmental Disabilities, DDD) ou do Sistema de Atendimento Médico para Crianças (Children's System of Care, PerformCare) de Nova Jersey.

SEÇÃO 1: DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

De acordo com o Estatuto Revisto, Estado de New Jersey, Seção 30:4-25.2, um requerimento está sendo feito ao Comissário do Departamento de Serviços Humanos (Department of Human Services, DHS) para a determinação de elegibilidade para serviços prestados por meio da Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (DDD) de Nova Jersey para:

Nome do requerente: _____ Sobrenome: _____

Data de nascimento: _____

AO ASSINAR ESTE REQUERIMENTO, DECLARO QUE:

1. Este requerimento e todos os formulários enviados juntos foram preenchidos com a maior precisão possível.
2. Eu entendo que tenho a oportunidade de fazer a apelação da determinação de inelegibilidade de acordo com N.J.A.C. 10:48-1.1 (j).

Este requerimento está sendo feito sob R.S. 30:4-25.2 em virtude da relação com o requerente acima:

AUTO RESPONSÁVEL LEGAL DO REQUERENTE TRIBUNAL DE JURISDIÇÃO COMPETENTE

Assinatura do requerente ou do responsável legal (ou marca): _____ Data: _____

Nome da testemunha (letra de forma): _____

Assinatura da testemunha: _____ Data: _____

Título de testemunha (se agência ou representante de tribunal): _____

Apenas para uso do pessoal da DDD - Requerente, prossiga para a Seção 2

Critérios funcionais atendidos?

SIM NÃO

Elegível para Medicaid?

SIM NÃO

Fechado em razão de informações insuficientes?

SIM NÃO

Assinatura do funcionário 1: _____ Data: _____

Título e unidade do funcionário 1: _____

Assinatura do funcionário 2: _____ Data: _____

Título e unidade do funcionário 2: _____

SEÇÃO 2: INFORMAÇÕES DO REQUERENTE E ESTADO DA GUARDA

INFORMAÇÕES DO REQUERENTE

Nome do requerente: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Endereço de e-mail: _____

REQUERIMENTO PREENCHIDO POR (se não foi preenchido pelo requerente):

Nome: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Endereço de e-mail: _____

A DDD pode entrar em contato com você, se necessário, para falar sobre este requerimento? SIM NÃO

ESTADO DA GUARDA*

O requerente tem um responsável legal? SIM NÃO **Se SIM**, informações completas do responsável legal:

Nome do responsável: _____ Data de nascimento: _____

Relação com o requerente: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Endereço de e-mail: _____

***Se o requerente tiver um responsável legal, a Ordem de Guarda deve ser incluída.**

SEÇÃO 3: INFORMAÇÕES DE CIDADANIA E OCUPAÇÃO DO REQUERENTE

INFORMAÇÕES DE CIDADANIA

Local de nascimento (hospital e estado OU país, se fora dos EUA): _____

Residente em New Jersey desde (data): _____

1. O requerente é um cidadão norte-americano? ___ SIM ___ NÃO
2. Se não, o requerente tem um Green Card válido? ___ SIM ___ NÃO
3. Se o requerente tiver um responsável legal, o responsável legal é residente legal permanente de New Jersey?
 ___ SIM ___ NÃO

INFORMAÇÕES DE OCUPAÇÃO

1. O requerente está recebendo serviços de outras agências federais, estaduais ou locais? ___ SIM ___ NÃO

Se **SIM**, forneça informações de cada agência:

Nome da agência 1: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nome da agência 2: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nome da agência 3: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

2. O requerente está frequentando a escola? ___ SIM ___ NÃO **Se SIM**, forneça informações da escola:

Nome da escola: _____

Endereço da escola: _____

Nome do contato da escola: _____ Telefone do contato: _____

3. O requerente está empregado? ___ SIM ___ NÃO **Se SIM**, forneça informações do empregador:

Nome do empregador: _____

Endereço do empregador: _____

Nome de contato do empregador: _____ Telefone do contato: _____

4. A Divisão de Reabilitação Vocacional (Division of Vocational Rehabilitation, DVR) de Nova Jersey auxiliou o requerente com serviços de diarista/emprego? SIM NÃO
5. O requerente mora em uma residência de programa habitacional? (p.ex., DCF, DCPD, pensão, abrigo para sem-teto) SIM NÃO

Se **SIM**, forneça informações da residência:

Nome da residência: _____ Tipo de residência: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

SEÇÃO 4: INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAID E SEGURO SOCIAL DO REQUERENTE

(Para receber serviços por meio da DDD, o requerente deve obter o Medicaid. Se o requerente tiver dificuldade em obter o Medicaid, deve entrar em contato com o atendimento de ajuda com elegibilidade do Medicaid da DDD:

DDD.MediEligHelpdesk@dhs.nj.gov)

1. O requerente tem Medicaid? SIM NÃO

Se **NÃO**, o requerente solicitou o Medicaid? SIM NÃO

2. O requerente recebe benefícios do Seguro por Deficiência do Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI)? SIM NÃO

Se **SIM**, valor mensal: US\$ _____

Se **NÃO**, qual é o status da solicitação de SSDI? NUNCA SOLICITOU REQUERIMENTO PENDENTE

INELEGÍVEL

3. O requerente recebe benefícios de Renda de Seguro Suplementar (Supplemental Security Income, SSI)? SIM NÃO

Se **SIM**, valor mensal: US\$ _____

Se **NÃO**, qual é o status da solicitação de SSI? NUNCA SOLICITOU REQUERIMENTO PENDENTE

INELEGÍVEL

4. Se o requerente receber SSDI ou SSI, há um beneficiário representante? SIM NÃO

Se **SIM**, forneça informações do beneficiário representante:

BENEFICIÁRIO REPRESENTANTE DO BENEFÍCIO DO SSDI

Nome do beneficiário: _____ Relação com o requerente: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

BENEFICIÁRIO REPRESENTANTE DO BENEFÍCIO DO SSI

Nome do beneficiário: _____ Relação com o requerente: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

SEÇÃO 5: FAMÍLIA DO REQUERENTE

PAI/MÃE DO REQUERENTE 1

O pai/mãe do requerente 1 é VIVO FALECIDO (se falecido, nenhuma informação é necessária)

Nome do pai/mãe nº 1: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____ Telefone comercial: _____

Estado civil do pai/mãe 1: CASADO DIVORCIADO VIÚVO NUNCA CASOU

O pai/mãe 1 é veterano militar dos EUA? SIM NÃO O pai/mãe 1 é um contato de emergência? SIM NÃO

PAI/MÃE DO REQUERENTE 2

O pai/mãe do requerente 2 é VIVO FALECIDO (se falecido, nenhuma informação é necessária)

Nome do pai/mãe nº 2: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____ Telefone comercial: _____

Estado civil do pai/mãe 2: CASADO DIVORCIADO VIÚVO NUNCA CASOU

O pai/mãe 2 é veterano militar dos EUA? SIM NÃO O pai/mãe 2 é um contato de emergência? SIM NÃO

OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA DO REQUERENTE

Não inclua os pais se já estiverem incluídos acima.

Nome: _____ Data de nascimento: _____

Relação com o requerente: _____

Nome: _____ Data de nascimento: _____

Relação com o requerente: _____

Nome: _____ Data de nascimento: _____

Relação com o requerente: _____



State of New Jersey
Department of Human Services
P.O. BOX 700
Trenton, NJ 08625-0700

NOTIFICAÇÃO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Data de entrada em vigor: 15 de outubro de 2018

Esta Notificação se aplica a pessoas que recebem serviços da Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (Division of Developmental Disabilities, DDD) do Departamento de Serviços Humanos (Department of Human Services, DHS) e não exigem sua resposta. **ESTA NOTIFICAÇÃO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESTAS INFORMAÇÕES. LEIA-AS ATENTAMENTE.**

SEUS DIREITOS

- **Direito de ver e copiar seus registros.** Na maioria dos casos, você tem o direito de visualizar ou obter cópias de seus registros. Você deve fazer o requerimento por escrito. Responderemos à sua solicitação dentro de trinta (30) dias. Pode ser cobrada uma taxa pelo custo da cópia de seus registros.
- **Direito a uma cópia eletrônica de seus registros médicos.** Se suas informações forem mantidas em formato eletrônico, você pode solicitar que seus registros eletrônicos sejam transmitidos a você ou a outro indivíduo ou entidade. Responderemos à sua solicitação dentro de trinta (30) dias.
- **Direito de corrigir ou atualizar seus registros.** Você pode nos pedir para corrigir suas informações de saúde se achar que há um erro. Você deve fazer seu requerimento por escrito e justificar sua necessidade de corrigir as informações.
- **Direito de escolher como nos comunicamos com você.** Você pode nos pedir para compartilhar informações com você de uma determinada maneira. Por exemplo, você pode nos pedir para enviar informações para seu endereço comercial em vez de seu endereço residencial. Você deve fazer o requerimento por escrito. Você não precisa explicar o motivo da solicitação. Podemos negar pedidos não razoáveis.
- **Direito de obter uma lista de divulgações.** Você tem o direito de nos solicitar uma lista de divulgações feitas após 14 de abril de 2003. Você deve fazer o requerimento por escrito. Isso não inclui informações compartilhadas para fins de tratamento, pagamento ou operação de saúde. Forneceremos uma contabilização por ano gratuitamente, mas podemos cobrar um valor por listas adicionais fornecidas dentro do período de 12 meses.
- **Direito de obter notificação de uma violação.** Você tem o direito de ser notificado sobre a violação de qualquer uma de suas informações médicas protegidas.

- **Direito de solicitar restrições de uso ou divulgação.** Você tem o direito de nos pedir para limitar a forma como suas informações são usadas ou compartilhadas com outras pessoas. Você deve fazer o requerimento por escrito e indicar quais informações devem ser limitadas. Não somos obrigados a concordar com uma restrição solicitada. Se você próprio pagou despesas integrais por um item ou serviço específico, tem o direito de solicitar que suas informações com relação a esse item ou serviço não sejam divulgadas. Sempre honraremos essa solicitação.
- **Direito de revogar a autorização.** Se pedirmos que você assine uma autorização para usar ou divulgar suas informações, você pode cancelar essa autorização a qualquer momento. Você deve fazer o requerimento por escrito. Sua solicitação não afetará as informações que já foram compartilhadas.
- **Direito de obter uma cópia deste aviso.** Você tem o direito de solicitar uma cópia impressa deste aviso a qualquer momento.
- **Direito de registrar uma reclamação.** Você tem o direito de registrar uma reclamação se não concordar com a forma como usamos ou divulgamos suas informações.
- **Direito de escolher alguém para agir por você.** Se alguém foi legalmente designado como seu representante pessoal, essa pessoa pode exercer seus direitos e fazer escolhas sobre sua saúde.

NOSSOS DEVERES

O Departamento de Serviços Humanos (DHS) funciona como um provedor de cuidados de saúde para você e sua família. Consequentemente, devemos coletar informações sobre você para fornecer esses serviços. Somos obrigados a proteger suas informações de acordo com as leis federais e estaduais e cumprimos os termos desta notificação. Podemos usar e divulgar informações sem sua autorização para os seguintes fins:

- **Objetivos do tratamento.** Podemos usar ou divulgar suas informações para profissionais de saúde que estejam envolvidos em seus cuidados de saúde.
- **Pagamento.** Podemos usar ou divulgar suas informações para obter pagamento ou pagar por serviços de saúde que você recebeu ou receberá.
- **Operações de saúde.** Podemos usar ou divulgar suas informações para administrar nossos negócios, melhorar seu atendimento e entrar em contato com você quando necessário.
- **Conforme exigido por lei.** Divulgaremos informações a um órgão de saúde pública que mantém registros vitais, como nascimentos, óbitos e algumas doenças.
- **Investigações de abuso e negligência.** Podemos divulgar suas informações para relatar todos os possíveis casos de abuso e/ou negligência.
- **Atividades de supervisão de saúde.** Podemos usar ou divulgar suas informações para responder a uma inspeção ou investigação por funcionários estaduais.

- **Programas governamentais.** Podemos usar e divulgar suas informações para a gestão e a coordenação de benefícios públicos no âmbito de programas governamentais.
- **Para evitar danos.** Podemos usar e divulgar informações às autoridades policiais a fim de evitar uma ameaça séria à saúde e à segurança de uma pessoa ou do público.
- **Para pesquisas.** Podemos usar e divulgar suas informações para estudos e para elaborar relatórios. Esses relatórios não irão identificar especificamente você ou outra pessoa.
- **Associados comerciais.** Podemos usar e divulgar suas informações para nossos associados comerciais que desempenham funções em nosso nome, se tal for necessário para a realização dessas funções.
- **Doação de órgãos e tecidos.** Se você for um doador de órgãos, podemos usar e divulgar suas informações a organizações envolvidas na aquisição, operação bancária ou transporte de órgãos, olhos ou outros tecidos para facilitar o transplante de órgãos.
- **Militares e veteranos.** Se você for um membro das forças armadas, podemos divulgar suas informações à autoridade militar competente.
- **Auxílio-doença acidentário.** Podemos usar ou divulgar suas informações para o auxílio doença acidentário ou programas semelhantes que fornecem benefícios por lesões ocupacionais ou doenças decorrentes de acidente do trabalho.
- **Objetivos da notificação por violação de dados.** Podemos usar ou divulgar suas informações para fornecer avisos legalmente exigidos de acesso a ou divulgação não autorizados de suas informações de saúde.
- **Ações judiciais e disputas.** Podemos usar ou divulgar suas informações em resposta a uma ordem judicial ou administrativa, intimação, solicitação de descoberta ou outro processo legal.
- **Autoridades policiais.** Podemos divulgar suas informações para as autoridades policiais nos seguintes casos: 1) em resposta a uma ordem judicial, intimação, mandado ou processo semelhante; 2) limitadas, para identificar ou localizar um suspeito, fugitivo, testemunha material ou pessoa desaparecida; 3) sobre uma vítima de um crime em circunstâncias muito limitadas; 4) sobre uma morte potencialmente resultante de um crime; 5) sobre uma conduta criminosa em qualquer propriedade do DHS e; 6) se forem necessárias em uma emergência para relatar um crime ou fatos relacionados a um crime.
- **Médicos legistas, legistas e diretores de funerárias.** Podemos divulgar suas informações a um legista ou médico legista para identificar uma pessoa falecida ou determinar a causa da morte. Podemos divulgar suas informações para um diretor de funerária conforme necessário para suas funções.

- **Segurança nacional e inteligência.** Podemos divulgar suas informações a funcionários federais autorizados para atividades de inteligência, contrainteligência e outras atividades de segurança nacional autorizadas por lei.
- **Serviços de proteção ao presidente e outros.** Podemos divulgar suas informações a funcionários federais autorizados para que eles possam fornecer proteção ao presidente dos Estados Unidos, outras pessoas autorizadas ou chefes de estado estrangeiros ou para conduzir investigações especiais.
- **Presidiários ou pessoas sob custódia.** Se você for um presidiário, podemos liberar suas informações para uma instituição correcional se essas informações forem necessárias para que a instituição: 1) lhe forneça cuidados de saúde; 2) proteja sua saúde e segurança ou a saúde e segurança de outros, ou: 3) para a segurança e a proteção das instituições correcionais.
- **Divulgação para a família, amigos e outros.** Podemos divulgar suas informações para seus familiares, amigos ou outras pessoas que estejam envolvidas em seus cuidados médicos. Você pode se opor ao compartilhamento dessas informações. Também podemos compartilhar suas informações com alguém legalmente designado como seu representante pessoal.
- **Listas de hospitais.** A menos que você nos notifique de sua objeção, podemos incluir certas informações suas nas listas de pacientes de hospitais para responder a perguntas de amigos, familiares, clérigos e outras pessoas que perguntem sobre você, se e quando for um paciente no hospital.

Outros usos e divulgações que exigem sua autorização por escrito

- **Para todas as outras situações.** Solicitaremos sua autorização por escrito antes de usar ou divulgar informações para qualquer outra finalidade que não estiver mencionada acima. Circunstâncias especiais que requeiram uma autorização incluem a maioria dos usos e divulgações de anotações de sessões de psicoterapia, certas divulgações de seus resultados de testes para o vírus da imunodeficiência humana ou HIV, usos e divulgações de suas informações de saúde para fins de marketing e para a venda de suas informações de saúde com algumas exceções. Se você nos der autorização, poderá retirá-la por escrito a qualquer momento. Para retirar a sua autorização, fale conosco pelo número abaixo. Se você revogar sua autorização, não usaremos nem divulgaremos suas informações de saúde conforme permitido por sua autorização por escrito, exceto na medida em que já o fizemos em razão de sua autorização anterior.
- **Conforme exigido por outras leis.** Solicitaremos sua autorização por escrito para cumprir outras leis que protegem o uso e a divulgação de suas informações.

REGISTRAR UMA RECLAMAÇÃO

Você pode usar as informações de contato abaixo se quiser registrar uma reclamação ou relatar um problema relacionado ao uso ou à divulgação de suas informações de saúde. O tratamento ou os serviços fornecidos a você não serão afetados por nenhuma reclamação que você fizer. O DHS se opõe a quaisquer atos de retaliação resultantes da participação em uma

investigação da Lei de portabilidade e responsabilidade de seguros de saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

New Jersey Department of Human Services
Division of Developmental Disabilities
Legal and Administrative Practice Office
P.O. Box 726
222 South Warren St.
Trenton, NJ 08625-0726
Telefone: 609-633-7402

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Ave, S.W., Room 509H
Washington DC, 20201
Telefone: 866-627-7748/ TTY: 886-788-4989
www.hhs.gov/ocr

O DHS ou sua Divisão apropriada responderá à sua comunicação dentro de trinta (30) dias.

ALTERAÇÕES A ESTA NOTIFICAÇÃO

No futuro, o DHS pode alterar sua Notificação de Práticas de Privacidade. Qualquer alteração pode se aplicar às informações médicas que já temos sobre você, bem como às informações que receberemos no futuro. Uma cópia de um novo aviso será afixada em nossas unidades/escritórios e fornecida a você conforme exigido por lei. Você pode solicitar uma cópia de nosso aviso atual ou obtê-lo on-line em nosso site.

FORMULÁRIO A: CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DE AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Esta **CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO** deve ser assinada após o recebimento do Aviso de Práticas de Privacidade e devolvida à Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (Division of Developmental Disabilities , DDD) de Nova Jersey.

Eu (nome do requerente ou responsável legal), _____

por meio deste, reconheço que recebi a **Notificação de Práticas de Privacidade** no dia (data): _____

Eu sou o (marque um): Requerente Responsável legal

Assinatura (ou marca): _____ Data: _____

Se assinado pelo responsável legal, forneça o nome do requerente:

Nome do requerente (letra de forma): _____

Se o requerente assinar com uma marca, uma testemunha é necessária:

Nome da testemunha (letra de forma): _____

Assinatura da testemunha: _____ Data: _____

FORMULÁRIO B AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE À FAMÍLIA E PESSOAS ENVOLVIDAS

Eu, _____
(Nome da pessoa, responsável legal ou da procuração)

por este instrumento, autorizo o uso/divulgação/recebimento de informações de saúde sobre o
requerente abaixo indicadas:

Nome: _____ Sobrenome: _____

Data de nascimento: _____

Pessoa(s) autorizada(s) a usar, divulgar ou receber informações (inclua o responsável legal, se aplicável):

CONTATO PRINCIPAL: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Relação com o requerente: _____ E-mail: _____

CONTATO ALTERNATIVO: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Relação com o requerente: _____ E-mail: _____

OUTRO CONTATO: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Relação com o requerente: _____ E-mail: _____

OUTRO CONTATO: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Relação com o requerente: _____ E-mail: _____

1. Autorizo a equipe da DDD a contatar o contato principal ou contato alternativo, por telefone, para avisar sobre qualquer doença, lesão ou incidente que possa demandar atenção imediata ou autorização.

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE NOVA JERSEY
(NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
DIVISÃO DE DEFICIÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO
(DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

2. Autorizo a equipe da DDD a fornecer as informações mínimas de saúde necessárias aos contatos listados acima e/ou outros indivíduos com permissão para visitar.
3. Eu entendo que posso me recusar a assinar esta autorização e que minha recusa em assiná-la não afetará minha capacidade de obter tratamento ou pagamento, tampouco minha elegibilidade para benefícios ou serviços. Posso examinar ou copiar qualquer informação escrita usada/divulgada sob esta autorização.
4. Eu entendo que se a pessoa ou entidade que recebe as informações não for um provedor de saúde ou plano de saúde coberto por regulamentos federais de privacidade, as informações descritas acima podem ser divulgadas novamente e não estarão mais protegidas por esses regulamentos. No entanto, o destinatário pode ser proibido de divulgar informações sobre o abuso de substâncias de acordo com os Requisitos Federais de Confidencialidade para o Abuso de Substâncias.
5. Eu entendo que posso revogar esta autorização por escrito a qualquer momento, exceto até o ponto em que medidas tenham sido tomadas com base nesta autorização. A solicitação de revogação desta autorização deve ser fornecida ao Diretor de Privacidade da DDD. A revogação entrará em vigor na data em que o Diretor de Privacidade receber a solicitação.
6. Esta autorização expira em (data) _____ ou um ano a partir da data de assinatura da pessoa/responsável legal.
7. Uma cópia completa desta autorização será mantida no registro do requerente.

Assinatura ou marca de (selecione uma): Pessoa Responsável legal Procuração

Assinatura*: _____ Data: _____

Telefone: _____

Se a assinatura for uma marca, uma testemunha é necessária:

Nome da testemunha (letra de forma): _____

Assinatura da testemunha: _____ Data: _____

***Se assinado pelo responsável legal ou procuração, a Ordem de Guarda ou Procuração deve ser incluída.**

FORMULÁRIO C: AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE REGISTROS MÉDICOS

Eu, por meio deste, autorizo _____
(unidade/escritório da DDD) da Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (Division of Developmental Disabilities, DDD) a liberar as informações de saúde e/ou registros médicos com identificação pessoal, conforme descrito abaixo.

Nome do requerente: _____

Endereço do requerente: _____

Os registros médicos da pessoa indicada abaixo estão sendo solicitados:

Nome: _____ Sobrenome: _____

Número do Seguro Social: _____ Data de nascimento: _____

Os registros médicos solicitados foram criados entre:

Data de início: _____ e Data de término: _____

Registros médicos solicitados:

Registros médicos a serem usados para os seguintes fins:

___ Os registros médicos solicitados serão analisados na unidade/escritório da DDD.

___ Os registros médicos solicitados devem ser copiados e retirados na unidade/escritório da DDD.

___ Os registros médicos solicitados devem ser copiados e enviados para a pessoa ou organização abaixo:

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

AUTORIDADE LEGAL DESTA SOLICITAÇÃO:

Estes são meus registros e sou um adulto legalmente competente.

Eu tenho a Guarda legal da pessoa cujos registros estão sendo solicitados, e **uma cópia da Ordem de Guarda está anexada.**

Tenho uma procuração da pessoa cujos registros estão sendo solicitados, e **uma cópia da procuração está anexada.**

ENTENDIMENTOS E ACORDOS SOBRE ESTA AUTORIZAÇÃO:

1. Esta autorização é voluntária e entendo que a DDD não pode condicionar o tratamento com base na assinatura desta autorização, a menos que a autorização seja: (a) para tratamento relacionado a pesquisas, ou (b) exclusivamente com o propósito de criar informações de saúde para uso por/divulgação a terceiros.
2. Eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento, notificando a DDD por escrito, e minha revogação por escrito não terá nenhum efeito sobre quaisquer ações tomadas antes de a DDD receber a revogação por escrito.
3. Eu concordo em renunciar a todas as reclamações contra a unidade/escritório da DDD pela liberação das informações solicitadas.
4. Eu entendo que, uma vez que as informações aqui descritas sejam divulgadas, elas podem não estar mais sujeitas às proteções de privacidade oferecidas pela DDD se o destinatário das informações não for um plano de saúde, provedor de saúde, câmara de compensação de saúde ou parceiro de negócios que tenha um contrato com a DDD.
5. Eu entendo que se eu solicitar que os registros sejam copiados e enviados para mim, a DDD fará um esforço em boa-fé para enviar esses registros para mim dentro de um prazo razoável.
6. Eu entendo que, se desejar que as cópias dos registros sejam feitas, a DDD pode cobrar uma taxa para copiar os registros.
7. Esta autorização expirará em _____ (a data é determinada pela pessoa que assina o formulário) ou um ano a partir da data da assinatura abaixo.

Assinatura ou marca de (selecione uma): Pessoa Responsável legal Procuração:

Assinatura*: _____ Data: _____

Telefone: _____

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE NOVA JERSEY (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
DIVISÃO DE DEFICIÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

Se a assinatura for uma marca, uma testemunha é necessária:

Assinatura da testemunha: _____ Data: _____

Nome da testemunha (em letra de forma):

***Se assinado pelo responsável legal ou procuração, a Ordem de Guarda ou Procuração deve ser incluída.**

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE NOVA JERSEY (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
DIVISÃO DE DEFICIÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

FORMULÁRIO D: CONSENTIMENTO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES
PARA: DIVISÃO DE DEFICIÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO (DDD) DE NOVA JERSEY

Eu, _____
(Nome da pessoa, responsável legal ou da procuração)

por meio deste concedo permissão para _____
(Nome da pessoa, instituição, agência ou outro portador das informações solicitadas)

Para divulgar os relatórios, avaliações, resumos ou outras informações da pessoa mencionada abaixo em relação ao seu Requerimento de Determinação de Elegibilidade para serviços por meio da Divisão de Deficiências de Desenvolvimento (Division of Developmental Disabilities , DDD) de Nova Jersey:

Nome do requerente (letra de forma): _____

Informações a serem divulgadas:

As informações devem ser liberadas para o funcionário de Admissões (Intake) da DDD e o endereço indicado abaixo:

Nome do funcionário de Admissões (Intake) da DDD: _____

Endereço do escritório de Admissões (Intake) da DDD:

As informações recebidas por meio deste comunicado estão sujeitas aos regulamentos de confidencialidade da Divisão e não podem ser divulgadas fora da Divisão sem permissão por escrito, a menos que de outra forma estabelecido em N.J.A.C. 10:41 et seq.

Assinatura ou marca de (selecione uma): Pessoa Responsável legal Procuração:

Assinatura*: _____ Data: _____

Telefone: _____

*Se a assinatura for uma marca, uma testemunha é necessária:

Nome da testemunha (letra de forma): _____

Assinatura da testemunha: _____ Data: _____

***Se assinado pelo responsável legal ou procuração, a Ordem de Guarda ou Procuração deve ser incluída.**



Nova Jérsei Formulário para registro de eleitores

24

Escreva claramente em letras de forma a caneta. Todas as informações são necessárias, exceto quando indicadas como opcionais.

1 Marque todas as caixas que se aplicam: <input type="checkbox"/> Novo registro <input type="checkbox"/> Mudança de nome <input type="checkbox"/> Filiação a partido político <input type="checkbox"/> Mudança de endereço <input type="checkbox"/> Atualização de assinatura <input type="checkbox"/> Voto pelo correio						FOR OFFICIAL USE ONLY Clerk Registration # Office Time Stamp <input type="checkbox"/> by mail <input type="checkbox"/> in person Muni Code # Party Ward District
2 Você é cidadão americano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se Não, NÃO preencha este formulário)		3 Você tem, no mínimo, 17 anos de idade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se Não, NÃO preencha este formulário)				
4 Sobrenome _____		Nome _____		Nome do meio ou inicial _____	Sufixo (Jr., Sr., III) _____	
5 Data de nascimento (MM / DD / AAAA) / /			6 Sexo (<i>Opcional</i>) <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			
7 N° da carteira de motorista de NJ ou ID sem habilitação para dirigir do MVC Caso NÃO tenha carteira de motorista de NJ ou ID sem habilitação para dirigir do MVC, forneça os 4 últimos dígitos do seu Social Security Number. _____ <input type="checkbox"/> "Juro ou afirmo que NÃO tenho carteira de motorista de NJ, ID sem habilitação para dirigir do MVC, ou Social Security Number."						
8 Endereço residencial (<i>NÃO use Caixa Postal</i>)		Apto. _____	Município (Cidade/Vila) _____	Condado _____	Estado _____	Código postal _____
9 Endereço para correspondência (<i>se diferente do endereço residencial</i>)		Apto. _____	Município (Cidade/Vila) _____	Condado _____	Estado _____	Código postal _____
10 Último endereço registrado para votar (<i>NÃO use Caixa Postal</i>)		Apto. _____	Município (Cidade/Vila) _____	Condado _____	Estado _____	Código postal _____
11 Nome anterior, se houver mudança de nome		12 N° de telefone diurno (<i>Opcional</i>) _____ Endereço de e-mail (<i>Opcional</i>) _____				
13 Você deseja declarar filiação a um partido político? <input type="checkbox"/> Sim, o nome do partido é _____ <i>(Opcional)</i> <input type="checkbox"/> Não, não desejo ser filiado a nenhum partido político.						
14 Solicitação de cédula para voto por correspondência para todas as eleições futuras (<i>Opcional</i>) <input type="checkbox"/> Desejo receber uma cédula para voto por correspondência para todas as eleições futuras, até que eu solicite ao gabinete do Escrivão do Condado, por escrito, fazê-lo de outra maneira. <input type="checkbox"/> Envie minha cédula pelo correio ao seguinte endereço, se diferente do endereço para correspondência acima. Endereço para correspondência se diferente do disposto acima						
Declarção - Juro ou afirmo que: <input checked="" type="checkbox"/> Sou cidadão americano. <input checked="" type="checkbox"/> Moro no endereço residencial acima. <input checked="" type="checkbox"/> Tenho, no mínimo, 17 anos de idade e entendo que não posso votar até atingir 18 anos de idade.		<input checked="" type="checkbox"/> Terei residido no Estado e no condado por, no mínimo, 30 dias antes da próxima eleição. <input checked="" type="checkbox"/> Não estou cumprindo pena de prisão como resultado de condenação por crimes sujeitos a sanções penais, sob as leis desse ou de outro estado dos Estados Unidos.		<input checked="" type="checkbox"/> Entendo que qualquer registro falso ou fraudulento pode me sujeitar a uma multa de até \$ 15.000, prisão por até 5 anos ou ambos, de acordo com R.S. 19:34-1.		
Assinatura do solicitante do registro: assine ou marque e coloque a data nas linhas abaixo X _____ Data _____ / _____ / _____ (MM / DD / AAAA)			Se o requerente não for capaz de preencher este formulário, escreva em letras de forma o nome e o endereço da pessoa que preencheu este formulário. Nome _____ Data (MM / DD / AAAA) _____ / _____ / _____ Endereço _____			

Instruções importantes para as seções 7, 8, 13 e 14

- 7) Solicitantes de registro que estejam enviando este formulário pelo correio e estejam se registrando para votar pela primeira vez: caso não forneça qualquer das informações requeridas pela seção 7, ou caso as informações fornecidas não puderem ser verificadas, você será solicitado a fornecer uma CÓPIA de uma ID com fotografia atual e válida, ou um documento contendo seu nome e endereço atual para evitar ter que fornecer identificação na seção eleitoral.
Nota: Números de ID são confidenciais e não serão divulgados por nenhum órgão governamental. Qualquer pessoa que utilize tais números ilegalmente estará sujeita a sanções penais.
- 8) Caso seja sem-teto, você pode preencher a seção 8 fornecendo um ponto de contato ou o local onde passa a maior parte do seu tempo.
- 13) Você pode declarar filiação a um partido político ou pode declarar ser não filiado, independentemente de qualquer prévia filiação a um partido. Caso seja um eleitor previamente filiado que queira mudar a filiação a um partido político ou se tornar não filiado, você deve preencher este formulário até 55 dias antes das eleições primárias a fim de votar nas mesmas. O preenchimento da seção 13 é OPCIONAL e não afetará a aceitação da sua solicitação para registro de eleitor.
- 14) Se desejar receber uma cédula para voto por correspondência para todas as eleições futuras, marque a caixa apropriada na seção 14. Você continuará a receber cédulas para voto por correspondência para todas as eleições futuras, até que solicite ao gabinete do Escrivão do Condado, por escrito, fazê-lo de outra maneira.

Precisa de mais informações? Marque as caixas abaixo, caso queira receber mais informações sobre:

- votar por correspondência seção eleitoral com acessibilidade como votar, se tiver uma deficiência, inclusive deficiência visual
 como se tornar um funcionário da seção eleitoral material eleitoral disponível nesse idioma alternativo: _____

Informações para o registro de eleitores de Nova Jérsei

Você pode se registrar para votar se:

- For cidadão americano.
- Tiver, no mínimo, 17 anos de idade.*
- For residente do Estado e do condado 30 dias antes das eleições.
- Não estou cumprindo pena de prisão como resultado de condenação por crimes sujeitos a sanções penais, sob as leis desse ou de outro estado dos Estados Unidos.

*Você pode se registrar para votar se tiver, no mínimo, 17 anos de idade, mas não pode votar até atingir a idade de 18 anos.

Prazo para o registro: 21 dias antes de uma eleição

O Comissário de Registro do seu Condado lhe notificará se a sua solicitação for aceita.

Caso não seja aceita, você será notificado sobre como preencher e/ou corrigir a solicitação.

Dúvidas? visite Elections.NJ.gov ou telefone gratuitamente para 1-877-NJVOTER (1-877-658-6837)

1 DOBRE



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 206 TRENTON, NJ

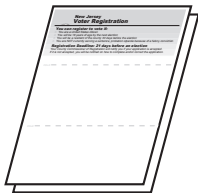
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

DIVISION OF ELECTIONS
PO BOX 304
TRENTON NJ 08625-9983

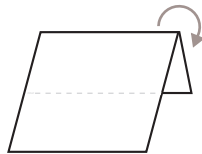


2 DOBRE

Importante: Imprima a 100% - NÃO REDUZA. Dobre conforme a ilustração para assegurar o envio adequado.



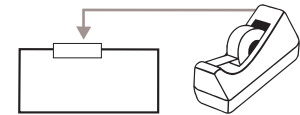
Junte ambas as páginas conforme indicado.



1 dobre a parte superior para baixo



2 dobre a parte inferior para cima



3 cole a parte superior para fechar

COLE AQUI **3**