

## SOLICITUD PARA UNA ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA PERROS DE ASISTENCIA (ADSA)

California Department of Social Services - ADSA Program  
744 P Street, M.S. 8-16-94, Sacramento, CA 95814  
Teléfono (916) 657-2628 / TTY (teletipo) (916) 651-6248

1. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

3. Dirección para recibir correo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Si usted quiere que sus cheques se le envíen por correo a otra dirección o directamente a su banco, vea la siguiente página.)

4. Código de área y número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

5. Usted está recibiendo  IHSS (Servicios de Apoyo en el Hogar)  
 SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado)  
 CAPI (Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes)

6. Incapacidad/Discapacidad:  Ciego  Sordo o con problemas para oír  
 Incapacitado/discapacitado

7. Usted tiene un:  perro guía  perro de señales  perro de servicios

8. Nombre del perro: \_\_\_\_\_ Fecha en que lo obtuvo: \_\_\_\_\_

¿Qué persona o escuela entrenó al perro?

\_\_\_\_\_  
Código de área y número de teléfono de esa persona o escuela:  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Qué servicio proporciona el perro?

\_\_\_\_\_

Declaro **bajo pena de perjurio**, sujeto a enjuiciamiento como un crimen de perjurio de acuerdo al Código Penal, que la información que se proporciona en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que para verificar estas declaraciones, es posible que se comuniquen con la escuela o con el entrenador del perro mencionados anteriormente y por medio de la presente doy mi consentimiento a que se haga esta verificación.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_)  
Firma y número de teléfono de la persona que presenció la marca del solicitante, si es pertinente.

**Vea la siguiente página**

La ley y ordenamientos que gobiernan este Programa son:  
Sección 12553 del Código de Bienestar Público e Instituciones  
Sección 46-430 del Manual de Prácticas y Procedimientos del Departamento de  
Servicios Sociales de California

**PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR PAGOS  
Y/O DIRECCIÓN PARA RECIBIR LOS CHEQUES:**

Si usted quiere recibir sus notificaciones en la dirección que aparece en el frente de este formulario pero quiere que sus cheques se envíen por correo a una dirección diferente, por favor anote esa dirección a continuación. Si quiere que su cheque se envíe por correo a su banco, asegúrese de anotar el número de su cuenta bancaria.

Persona autorizada para recibir pagos: \_\_\_\_\_  
(Banco)

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La ley estatal (Sección 12553 del Código de Bienestar Público e Instituciones) autoriza al Departamento de Servicios Sociales de California a obtener y mantener la información en este formulario para administrar el Programa de ADSA. Esta información solamente se usa para determinar la elegibilidad para el programa o para determinar si continúa la elegibilidad para el programa. No se anticipa que se requiera más información. La Sección 405 del Título 42 del Código de los Estados Unidos y la Sección 12553 del Código de Bienestar Público e Instituciones requieren que usted proporcione su número de Seguro Social.