

**SOLICITUD PARA SERVICIOS SOCIALES**

**Al solicitante:** Tienen que completarse todas las secciones de este formulario. La información proporcionada está sujeta a verificación.

**NOTA:** Retenga su copia de su solicitud completada. Con respecto a su número de Seguro Social, es obligatorio que usted proporcione su número(s) de Seguro Social como lo requiere la Sección 42 del Código de los Estados Unidos (USC) 405 y la Sección 30-769.71 del Manual de Prácticas y Procedimientos. Esta información se usará para determinar la elegibilidad y coordinar información con otras oficinas públicas.

Fecha de la solicitud:	Número del caso (si se conoce):
------------------------	---------------------------------

**Sección 1 – Información personal**

Nombre:		Número de Seguro Social:
Dirección:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	Teléfono:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Masculino      Femenino

**Sección 2 – Información sobre los veteranos**

¿Es usted veterano? Sí      No	¿Es el esposo(a)/hijo de un veterano? Sí      No
Si la respuesta es “Sí”, proporcione el nombre del veterano y el número de reclamo:	

**Sección 3 – Información sobre los Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)/Pagos Suplementarios del Estado (SSP)**

¿Recibe beneficios de SSI/SSP?	Sí	No
Si la respuesta es “Sí”, marque la clase de arreglos de su vivienda:		
Vivo independientemente	Cuarto y comida	Hogar de otro

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Servicios que se están solicitando:
-------------------------------------

**Sección 4 – Información sobre los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado**

¿Ha recibido Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado?	Sí	No
<b>Si la respuesta es “Sí”, complete lo siguiente.</b>		
Fecha y condado donde se recibió el servicio la última vez:		
Total de horas por mes:	Nombre que se usó (si es diferente al de arriba):	

**Sección 5 – Información sobre el hogar**

Anote los miembros de la familia en el hogar:

Nombre del:	Esposo/esposa	Padre/madre
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Nombre del:	Niño	Otro pariente
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Nombre del:	Niño	Otro pariente
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Nombre del:	Niño	Otro pariente
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Nombre del:	Niño	Otro pariente
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	

**Sección 6 – Información sobre el origen étnico y el idioma**

La ley requiere que se reúna información relacionada al origen étnico y el idioma primario. Si usted no completa esta sección, el personal de servicios sociales tomará una determinación. La información no afectará su elegibilidad para el servicio.

A. Mi origen étnico es:  (Vea la página 7 para una lista de grupos étnicos)	B. Hablo y entiendo inglés: Sí No Si no es el inglés, mi idioma primario es:  (Vea la página 7 para una lista de idiomas)
---	--

**Sección 7 – Adaptaciones de la comunicación**

Para hacer las adaptaciones apropiadas para los solicitantes ciegos o con discapacidades visuales, la información de IHSS ahora está disponible en los siguientes formatos alternativos. Por favor indique cual formato prefiere, si es que aplica. El proveer información en esta sección no afectará su elegibilidad para los servicios.

Soy ciego:	Sí	No
------------	----	----

Si la respuesta es “Sí”, por favor elija uno de los siguientes para cada uno de los tres tipos de documentos enumerados del DSS.

<b>Para Notificaciones de Acción:</b>	No se necesitan adaptaciones		
Braille	CD de audio	CD de datos	Apoyo del Condado
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)			
<b>Para formularios requeridos por IHSS:</b>	No se necesitan adaptaciones		
Braille	CD de audio	CD de datos	Apoyo del Condado
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)			

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

<p><b>Para reportes de horas trabajadas:</b> No se necesitan adaptaciones                  Sistema telefónico (4 dígitos del RAN:     ) Apoyo del Condado</p>
<p>(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)</p>

Tengo discapacidades visuales:	Sí	No
--------------------------------	----	----

**Si la respuesta es “Sí”,** por favor elija uno de los siguientes para cada uno de los tres documentos enumerados de DSS.

<p><b>Para Notificaciones de Acción:</b> No se necesitan adaptaciones                  Letra tamaño18              CD de audio              CD de datos              Apoyo del Condado</p>
<p>(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)</p>

<p><b>Para formularios requeridos por IHSS:</b>     No se necesitan adaptaciones                  Documentos en Braille                              Letra tamaño18                  CD de audio                              CD de datos                              Apoyo del Condado</p>
<p>(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)</p>

<p><b>Para reportes de horas trabajadas:</b>                              No se necesitan adaptaciones                  Letra tamaño18    Apoyo del Condado</p>
<p>(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo que necesita, incluyendo servicios para ciegos solamente)</p>

**Sección 8 – Afirmación**

Afirmo que la información anterior es verdadera según mi leal saber, entender y creencia. Estoy de acuerdo en cooperar completamente si en el futuro se requiere verificación.

También entiendo que como empleador de mi proveedor de IHSS, soy responsable de:

- 1) Contratar, entrenar, supervisar, preparar un horario y, cuando sea necesario, despedir a mi proveedor(es).

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

- 2) Asegurar que el total de horas que reporten todos los proveedores que trabajen para mí no sean más que el límite de horas autorizadas de IHSS para cada mes.
- 3) Enviar a cualquier persona que yo quiera contratar a la Oficina de IHSS del Condado para que complete el proceso de elegibilidad para proveedores.
- 4) Notificar a la Oficina de IHSS del Condado cuando contrate o despida a un proveedor.

Además, entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes términos y limitaciones relacionados con el pago por servicios del Programa de IHSS:

- 1) Para que una persona reciba pago del Programa de IHSS, tiene que ser un proveedor elegible y aprobado por IHSS.
- 2) Si elijo que una persona trabaje para mí y dicha persona no ha sido aprobada como proveedor elegible de IHSS, yo seré responsable de pagarle a él/ella si es que no es aprobada.
- 3) El Programa de IHSS no pagará por ningún servicio que se me haya proporcionado hasta que mi solicitud de servicios sea aprobada y luego solamente pagará aquellos servicios que estén autorizados por el Programa de IHSS para que yo los reciba.
- 4) Yo seré responsable de pagar cualquier servicio que yo reciba y que no esté incluido en mi autorización de IHSS.

También entiendo y estoy de acuerdo en cooperar con lo siguiente como parte de mi elegibilidad para IHSS:

Para promover la integridad del Programa, es posible que reciba visitas no anunciadas a mi hogar y que yo, o mi proveedor(es), reciba cartas identificando preocupaciones relacionadas a los requisitos del Programa. Dichas cartas serán enviadas por el Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud (DHCS), el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), y/o el Condado en donde yo reciba servicios.

El propósito de las visitas y las cartas es asegurar que los requisitos del Programa se estén cumpliendo y que los servicios autorizados sean necesarios para que usted permanezca en su hogar de una manera segura. La visita también verificará que los servicios autorizados se estén proporcionando, que la calidad de esos servicios sea aceptable, y que el bienestar de usted esté protegido.

Si se descubre que los servicios del Programa de IHSS no se requieren o no se están proporcionando adecuadamente, es posible que usted y/o su proveedor estén sujetos a una investigación de fraude de Medi-Cal (Asistencia Médica de California). Si se comprueba un fraude, usted y/o su proveedor serán enjuiciados por fraude en Medi-Cal.

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

**Sección 9 – Firma(s)**

Firma del solicitante:		Fecha:
Firma del representante del solicitante (solamente si aplica):		Fecha:
Relación/parentesco del representante con el solicitante (solo si aplica):	Número de teléfono del representante (solo si aplica):	
Dirección del representante (solo si aplica):		

Para reportar alguna sospecha de fraude o abuso del suministro o recibo de servicios de IHSS, por favor llame a la línea de información acerca del fraude, 1-800-822-6222, envíe un correo electrónico a [stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov](mailto:stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov), o vaya al sitio web <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>

**(SOLO PARA USO DE LA OFICINA) FOR AGENCY USE ONLY**

Income Eligible: Yes      No	Status Eligible: Yes      No	Verification:
Signature of Social Worker or Agency Representative:		Telephone Number:
Recipient Status: Refugee Cuban/Haitian Entrant	Source of Verification for Refugee or Entrant Status (explain):	

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

**Códigos para los grupos étnicos:**

1. Blanco.
2. Hispano.
3. Negro.
4. Otro asiático o isleño del Pacífico.
5. Indígena americano o nativo de Alaska.
7. Filipino.
- C. Chino.
- H. Camboyano.
- J. Japonés.
- K. Coreano.
- M. Samoano.
- N. Indú.
- P. Hawaiano
- R. Guameño.
- T. Laosiano.
- V. Vietnamita.

**Códigos para los idiomas:**

- O. Idioma americano de señas (AMISLAN o ASL).
1. Español – Se enviará la notificación en español.
2. Cantonés.
3. Japonés.
4. Coreano.
5. Tagalo.
6. Otro que no es inglés.
7. Inglés.
9. Español – se enviará la notificación en inglés.
- A. Otro idioma de señas.
- B. Mandarín.
- C. Otros idiomas chinos.
- D. Camboyano.
- E. Armenio.
- F. Ilocano.
- G. Mien.
- H. Hmong.
- I. Laosiano.
- J. Turco.
- K. Hebreo.
- L. Francés.
- M. Polaco.
- N. Ruso.
- P. Portugués.
- Q. Italiano.
- R. Árabe.
- S. Samoano.
- T. Tailandés.
- U. Farsi.
- V. Vietnamita.