

PROGRAMA DE ASIGNACIONES ESPECIALES PARA PERROS DE ASISTENCIA — SOLICITUD PARA UNA ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE SEGURO SOCIAL POR DISCAPACIDAD

INSTRUCCIONES

Este formulario es para los beneficiarios del programa federal de Social Security Disability Insurance (Seguro Social por Discapacidad) (SSDI) que tienen un perro guía, perro señal o perro de servicio y que desean solicitar beneficios adicionales bajo el programa Assistance Dog Special Allowance (Asignaciones Especiales para Perros de Asistencia) (ADSA).

Si desea solicitar beneficios de ADSA y actualmente recibe Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (Ingresos Suplementales de Seguridad / Pagos Suplementarios del Estado) (SSI/SSP), In-Home Supportive Services (Servicios de Apoyo en el Hogar) (IHSS) y/o Cash Assistance for Immigrants (Asistencia Monetaria para Inmigrantes) (CAPI), por favor, no use este formulario. Use el formulario ADSA 1.

Si ya recibe beneficios de ADSA para su perro guía, perro señal o perro de servicio y está solicitando una continuación de sus beneficios actuales, no use este formulario. Use el formulario de redeterminación (formulario ADSA 1A).

SECCIÓN 1: DATOS PERSONALES

a. Su nombre (primero, segundo, apellido):

b. Número de Seguro Social*: _____

c. ¿Está otra persona completando esta solicitud en nombre de usted? Sí No

Si contestó «sí», por favor diga qué relación tienen:

d. ¿Está casado? Sí No

e. ¿Ha usado otro nombre (incluyendo un apellido de soltera)? Sí No

Si contestó «sí», por favor, escriba sus otros nombres abajo:

- f. ¿Ha solicitado beneficios de ADSA antes? Sí No
Si contestó «sí», ¿recibió beneficios? Sí No
-

*Se pide su número de Seguro Social según se autoriza bajo las leyes federales (§ 405 de título 42 del United States Code [Código de los Estados Unidos]). Esta información se usará como identificador en los registros, y también para determinar su elegibilidad para recibir beneficios de ADSA y coordinar información con otras agencias públicas.

La sección 12553 del Welfare and Institutions Code (Código de Bienestar Público e Instituciones) y la sección 46-430.34 del Manual of Policies and Procedures (Manual de Prácticas y Procedimientos) del Departamento de Servicios Sociales (CDSS) autorizan al CDSS a recolectar y guardar los datos de este formulario para administrar el programa ADSA.

SECCIÓN 2: ACCESO PARA LAS PERSONAS QUE HABLAN OTRO IDIOMA O QUE TIENEN UNA DISCAPACIDAD

- a. ¿Necesita ayuda para leer esta solicitud? Sí No
- b. ¿Necesita ayuda para solicitar ADSA debido a una discapacidad? Sí No
- c. ¿En qué idioma prefiere leer (si no en inglés)?

- d. ¿En qué idioma prefiere hablar (si no en inglés)?

-

SECCIÓN 3: DOMICILIO E INFORMACIÓN DE CONTACTO

- a. Dirección de correo electrónico: _____
- b. Número de teléfono (con prefijo): _____
- c. ¿En qué condado vive? _____
- d. Dirección postal (número y calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal): _____
- e. Dirección de su domicilio (si es diferente de la dirección postal): _____
- f. ¿Es usted una persona sin hogar? Sí No
(«Sin hogar» significa que no tiene un hogar habitual en donde dormir; que duerme en un lugar temporal, como un albergue o un motel; que duerme en un lugar que no ha sido destinado como vivienda humana, como un carro, estación de trenes o autobuses, aeropuerto o edificio abandonado; que duerme al aire libre; o que comparte habitación con otras personas temporalmente porque no tiene dinero suficiente para su propia vivienda).

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE SU DISCAPACIDAD

- a. Marque la casilla que mejor describa a usted y a su perro de asistencia:
 - Soy ciego y tengo perro guía.
 - Soy sordo, o tengo una discapacidad auditiva, y tengo perro señal.
 - Otro, y tengo perro de servicio.
- b. Si contestó «Otro, y tengo perro de servicio», por favor, proporcione una descripción breve de su discapacidad a continuación:

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE EL PERRO GUÍA, SEÑAL O DE SERVICIO

- a. Nombre del perro: _____
- b. Edad del perro: _____
- c. Peso del perro: _____
- d. Raza del perro: _____
- e. Fecha en que lo obtuvo: _____
- f. Nombre de la persona/establecimiento que lo adiestró:

- g. ¿Para qué tarea(s) ha sido su perro adiestrado? Por favor, sea preciso.

SECCIÓN 6: SITUACIÓN DE VIVIENDA

Por favor, nombre a cada persona, aparte de su cónyuge, que vive con usted en su hogar. (Si necesita más espacio, favor de usar una hoja adicional).

Nombre	Fec. nac.	Número de Seguro Social	Es estudiante	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN SOBRE SU PROPIEDAD

a. ¿Es usted o su cónyuge dueño de una propiedad que arrienda? Sí No

b. ¿Tienen usted y su cónyuge más de un automóvil? Sí No

c. Si contestó «sí» a la pregunta (b), por favor, escriba la marca, modelo y año de todos los automóviles de usted y su cónyuge:

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN SOBRE SUS ACTIVOS LÍQUIDOS

Por favor, indique a continuación el valor de cada tipo de activo líquido que usted y/o su cónyuge tiene(n).

Cuenta(s) conjunta(s) de usted y su cónyuge	\$	
Dinero en efectivo accesible (que lleva consigo o que tiene en su hogar)	Usted \$	Cónyuge \$
Ahorros, unión de crédito y/o fondos en fideicomiso	Usted \$	Cónyuge \$
Acciones, bonos, fondos mutuales, escrituras	Usted \$	Cónyuge \$
Cuentas individuales de jubilación, cuentas de inversión en el mercado monetario	Usted \$	Cónyuge \$
Cuenta(s) de cheques	Usted \$	Cónyuge \$
Cuenta(s) de ahorros	Usted \$	Cónyuge \$

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN SOBRE SUS INGRESOS

Para cada uno de los siguientes beneficios que usted y/o su cónyuge recibe(n), por favor indique el monto que recibe(n) mensualmente.

SSDI	Usted \$	Cónyuge \$
SSI	Usted \$	Cónyuge \$
SSP	Usted \$	Cónyuge \$
Jubilación — Seguro Social	Usted \$	Cónyuge \$
Seguro de Incapacidad estatal / Seguro de Desempleo estatal	Usted \$	Cónyuge \$
Pensión o compensación para veteranos	Usted \$	Cónyuge \$
Otra pensión o jubilación del gobierno	Usted \$	Cónyuge \$
Pensión privada o jubilación privada	Usted \$	Cónyuge \$
Pensión por separación o divorcio	Usted \$	Cónyuge \$
Intereses, dividendos, regalías	Usted \$	Cónyuge \$
Compensación por lesiones de trabajo	Usted \$	Cónyuge \$
Otro	Usted \$	Cónyuge \$

SECCIÓN 10: DESIGNACIÓN DE INSTITUCIÓN BANCARIA O PERSONA QUE RECIBIRÁ LOS CHEQUES (AVISO: ESTAS NO SON INSTRUCCIONES PARA EL DEPÓSITO DIRECTO).

Solamente proporcione la siguiente información si quiere que su cheque se envíe POR CORREO a una dirección que no sea la suya. En los demás casos, pase a la sección 11.

a. Nombre del banco o beneficiario del pago: _____

b. N.º de la cuenta (si se aplica): _____

c. Dirección postal (número y calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal): _____

SECCIÓN 11: FIRMA (AVISO: POR FAVOR, LEA TODA LA DECLARACIÓN ANTES DE FIRMAR).

Entiendo y acepto que debo notificar al CDSS inmediatamente si hay algún cambio en la información que proporcioné en esta solicitud.

Acepto cumplir con todos los requisitos, responsabilidades y normas del programa de ADSA.

Entiendo que es posible que el CDSS verifique la información que he proporcionado en esta solicitud y por la presente consiento tal verificación.

Entiendo y acepto proporcionar, si me lo piden, información o documentos como pruebas de que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta. La información se mantendrá confidencial.

Declaro bajo pena de perjurio (el hacer declaraciones falsas) y bajo las leyes del Estado de California que lo antedicho es verdadero y correcto.

Firma del solicitante:

Fecha:

Firma de la persona que completa este formulario en nombre del solicitante: Fecha:

N.º de teléfono (con prefijo) de la persona que completa este formulario en nombre del solicitante:

IMPORTANTE

Antes de enviar este formulario, por favor adjunte un estado de beneficios (con fecha de este año) que fue expedido por la Social Security Administration (Administración del Seguro Social) y que demuestra que recibe beneficios de SSDI.

Por favor, envíe su solicitud al Programa de ADSA del CDSS a:
Assistance Dog Special Allowance Program
California Department of Social Services
744 P Street, MS 9-7-96
Sacramento, CA 95814

Para más información, comuníquese con nosotros:

(916) 657-2628

(916) 653-7890 TTY

(916) 653-4001 Fax

ADSAUser@dss.ca.gov

Las leyes y los ordenamientos que rigen este programa son: las secciones 12553 y 12554 del Welfare and Institutions Code (Código de Bienestar Público e Instituciones) y la sección 46-430 y siguientes del Manual of Policies and Procedures (Manual de Prácticas y Procedimientos) del Departamento de Servicios Sociales de California.