

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-031

DATE

3/19/03

TO:County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator**FROM:**Forms Management Unit
(916) 657-1907 Community Care Licensing District Offices District Attorney Private and Public Adoption Agencies Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE

SOC 310 SP (1/03) Statement Of Facts For In-Home Supportive Services

ORDER UNIT SET	<input type="checkbox"/> Free <input checked="" type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE 7 cents	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 1/03	REPLACES 8/00	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> OTHER:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

 Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

 When supply available in DSS Warehouse Use new form effective when supply of 8/00 revision is exhausted.

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached are a Reproducible Copies

Two minor errors were corrected on the 1/03 English version of this form: Items 6 and 9 were corrected to refer to the additional space in paragraph/Item 21 instead of 20. There were no other changes to the form. The 8/00 Spanish version of this form was correct and did not require these changes. Although the Spanish form required no correction, we have changed its revision date to 1/03 in order to match the revision date of the corrected English form. This was done for consistency and to avoid the confusion that would have resulted from having different revision dates on the English and Spanish forms.

Check on the Internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov.

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

DECLARACION DE DATOS PARA SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL

Nota: Su elegibilidad para los Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) se determinará en conformidad con la Sección 12300 del Código de Bienestar e Instituciones, usando la información que usted proporcione en este formulario.

1. INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE		
NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION DEL HOGAR	CIUDAD	CODIGO POSTAL
DIRECCION PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE)	NO. DE TELEFONO EN EL HOGAR ()	NO. DE TELEFONO PARA MENSAJES ()
LUGAR DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DE LA TARJETA DE MEDI-CAL*

SOLO PARA USO DEL CONDADO

¿TIENE USTED 65 AÑOS DE EDAD O MAS?
 ¿ESTA USTED INCAPACITADO/DISCAPACITADO?
 ¿ESTA USTED CIEGO?

ESTADO CIVIL:
 CASADO(A)
 SEPARADO(A)
 VIUDO(A)
 DIVORCIADO(A)

SOLTERO(A)
 (Fecha ___ / ___ / ___)
 (Fecha ___ / ___ / ___)
 (Fecha ___ / ___ / ___)
 (Fecha ___ / ___ / ___)

COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DE LA ESPOSA(O) O DE LOS PADRES (SI USTED ES MENOR DE 18 AÑOS)

LA ESPOSA(O)/PADRES:
 ¿TIENEN 65 AÑOS DE EDAD O MAS?
 ¿ESTAN INCAPACITADOS/DISCAPACITADOS?
 ¿ESTAN CIEGOS?

NO. DE SEGURO SOCIAL DE LA ESPOSA(O)/PADRES
 DIRECCION DE LA ESPOSA(O)/PADRES (SI ES DIFERENTE DE LA DEL SOLICITANTE)

2. ¿VIVE USTED EN CALIFORNIA CON LAS INTENCIONES DE CONTINUAR VIVIENDO AQUI?
 SI
 NO

3. ¿ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS (EE. UU.)? (SI CONTESTA "SI", PASE A LA "SECCION 4".)
 SI
 NO

(A.) SI USTED NO ES CIUDADANO DE LOS EE. UU., ¿HA SIDO USTED ADMITIDO LEGALMENTE COMO RESIDENTE PERMANENTE O SE LE PERMITIO LEGALMENTE PERMANECER EN LOS EE. UU.?

SI NO

(B.) ¿CUAL ES SU NUMERO DE RESIDENTE LEGAL?

(C.) ¿COMO SE LLAMA SU PATROCINADOR?

(D.) ¿CUAL ES LA DIRECCION DEL PATROCINADOR?

4. ¿QUE ARREGLOS DE VIVIENDA TIENE USTED?

MI HOGAR ES UN(A):
 CASA
 APARTAMENTO
 CUARTO
 CUARTO CON COMIDA
 CASA-REMOLQUE/CASA RODANTE (MOTOR HOME)
 OTRO(A)

(EN) EL/LA CUAL:
 ES MI PROPIEDAD/ ESTOY COMPRANDO
 ESTOY RENTANDO
 VIVO SIN COSTO ALGUNO
 RECIBO HOSPEDAJE Y CUIDADO

NOMBRE DEL DUEÑO DE LA VIVIENDA QUE SE ALQUILA
 CANTIDAD QUE SE PAGA POR RENTA, HOSPEDAJE Y/O HIPOTECA \$ _____ /AL MES

DIRECCION
 CIUDAD
 CODIGO POSTAL

5. ¿HAY OTRAS PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR? (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.)
 SI
 NO

NOMBRE	PARENTESCO/RELACION	EDAD

6. ¿SON DUEÑOS DE BIENES RAICES, APARTE DE SU HOGAR, USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED? SI NO
 (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO O EN LA PAGINA 4, PARRAFO 21.)

DIRECCION		CIUDAD	CONDADO
ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE LOTE	
VALOR DE TASACION OFICIAL \$	CANTIDAD TOTAL QUE SE DEBE DE LA HIPOTECA(S) \$		PAGO MENSUAL \$
IMPUESTOS ANUALES \$	SEGURO ANUAL \$	TASACIONES ANUALES \$	
¿COMO SE UTILIZA LA PROPIEDAD?	SI SE ALQUILA A OTRAS PERSONAS, INDIQUE LA CANTIDAD DE LA RENTA \$	¿SE INCLUYEN LOS IMPUESTOS EN EL PAGO MENSUAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
OTROS GASTOS DE LA PROPIEDAD		¿SE INCLUYE EL SEGURO EN EL PAGO MENSUAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

7. ¿SON DUEÑOS DE VEHICULOS MOTORIZADOS (AUTOMOVILES, CAMIONETAS, CAMIONES, MOTOCICLETAS, LANCHAS, CASAS RODANTES [MOTOR HOMES]) USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED? SI NO
 (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.)

MARCA Y MODELO	AÑO	VALOR APROXIMADO	MARQUE SI SE USA PARA		¿Está modificado para una persona incapacitada/discapacitada?
			TRABAJO	TRANSPORTE MEDICO	

8. ¿CUAL ES EL VALOR DE SUS RECURSOS QUE SON O SE PUEDEN CONVERTIR EN DINERO EN EFECTIVO? (SI EL SOLICITANTE ES UN NIÑO CIEGO O DISCAPACITADO MENOR DE 18 AÑOS, INCLUYA LOS RECURSOS DE LOS PADRES RESPONSABLES DEL NIÑO E INDIQUE SI ALGUN RECURSO ES EXCLUSIVAMENTE PARA GASTOS DE ENTIERRO PARA USTED O SU FAMILIA INMEDIATA.)

RECURSOS QUE SON O SE PUEDEN CONVERTIR EN DINERO EN EFECTIVO	(✓) SI NINGUNO	ANOTE EL VALOR EN LA COLUMNA DEL DUEÑO			(✓) PARA ENTIERRO
		USTED MISMO	ESPOSA(O)/PADRES	CONDUENÑO	
EFFECTIVO A LA MANO Y/O DINERO QUE SE TIENE EN CASA		\$	\$	\$	
CUENTA DE CHEQUES		\$	\$	\$	
CUENTA DE AHORROS, FONDOS EN LA UNION DE CREDITO O EN FIDEICOMISO		\$	\$	\$	
CHEQUES O EFFECTIVO EN UNA CAJA DE SEGURIDAD		\$	\$	\$	
ACCIONES, BONOS, FONDOS MUTUALISTAS, PAGARES, HIPOTECAS, ESCRITURAS		\$	\$	\$	
CUENTA INDIVIDUAL DE JUBILACION (IRA), TITULOS DE INVERSION A PLAZO FIJO*, CUENTAS BANCARIAS DE INVERSION EN EL MERCADO DE VALORES		\$	\$	\$	
OTRO (ESPECIFIQUE):		\$	\$	\$	

9. ¿TIENEN USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED (SI EL SOLICITANTE TIENE MENOS DE 18 AÑOS) BIENES PERSONALES O ARTICULOS DEL HOGAR CON UN VALOR COMBINADO DE REVENTA DE MAS DE \$2,000 (POR EJEMPLO: MOBILIARIO DEL HOGAR, ROPA Y JOYERIA)? (SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, ESPECIFIQUE EN LA "SECCION 21".) SI NO
 (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) (NO INCLUYA APARATOS NI EQUIPO DE REHABILITACION.)

DESCRIPCION	VALOR ACTUAL EN EL MERCADO	CANTIDAD QUE SE DEBE
A.	\$	\$
B.	\$	\$
C.	\$	\$

10. ¿TIENEN USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED SEGURO DE VIDA? SI NO
 (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.)

NOMBRE DEL DUEÑO	NOMBRE DEL ASEGURADO	NOMBRE Y DIRECCION DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS		
NUMERO DE LA POLIZA	VALOR NOMINAL TOTAL DE LA POLIZA	VALOR EN EFECTIVO	¿CUANDO SE COMPRO LA POLIZA?	SI EXISTE ALGUN PRESTAMO EN CONTRA DE LA POLIZA, ¿CUAL ES LA CANTIDAD?

11. ¿TIENEN USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED FONDOS, SEGURO, FIDEICOMISOS, LOTES O CONTRATOS PARA ENTIERRO? (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) SI NO

DUÑO DE CADA ARTICULO	NOMBRE DE CADA ARTICULO	VALOR TOTAL DE COMPRA DE CADA ARTICULO	CUANTO SE DEBE POR CADA ARTICULO	NOMBRE Y DIRECCION DE LA COMPAÑIA/FUENTE
			\$	
			\$	

12. ¿HAN VENDIDO, TRANSFERIDO O REGALADO CUALQUIER PROPIEDAD, INCLUYENDO DINERO, EN LOS ULTIMOS 36 MESES, USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED (SI UN MENOR ESTA PRESENTANDO LA SOLICITUD)? (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) SI NO

DESCRIPCION	FECHA EN QUE SE HIZO LA TRANSFERENCIA	VALOR APROXIMADO	CANTIDAD QUE SE RECIBIO
		\$	\$
		\$	\$

13. ¿TIENEN USTED O SU ESPOSA(O) EMPLEO O TRABAJAN POR CUENTA PROPIA? (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) (SI EL SOLICITANTE ES UN NIÑO CIEGO O DISCAPACITADO MENOR DE 18 AÑOS, INCLUYA EL EMPLEO DE LOS PADRES.) SI NO

NOMBRE DEL EMPLEADOR		DIRECCION DEL EMPLEADOR	
OCUPACION	SALARIO BRUTO POR PERIODO DE PAGO	¿QUE TAN FRECUENTEMENTE SE LE PAGA?	
	\$		

SI TRABAJAN POR CUENTA PROPIA, ADJUNTE VERIFICACION DE TODOS LOS GASTOS ORDINARIOS Y NECESARIOS DEL NEGOCIO, PAGOS SOBRE EL CAPITAL O GRAVAMENES, E IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS PERSONALES.

14. ¿TIENEN USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED EQUIPO, INVENTARIO, O MATERIAL DE NEGOCIO? (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) SI NO

DESCRIPCION	PROPOSITO	VALOR APROXIMADO	CANTIDAD QUE SE DEBE
		\$	\$
		\$	\$

15. SI USTED ESTA CIEGO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO Y TRABAJA, ¿TIENE GASTOS RELACIONADOS AL TRABAJO COMO CONSECUENCIA DE LA CEGUERA O INCAPACIDAD/DISCAPACIDAD? (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) SI NO

COSTO DEL TRANSPORTE PARA IR Y VENIR DEL TRABAJO	COSTO DE LOS ARTICULOS O SERVICIOS PARA PREPARARSE PARA EL TRABAJO	COSTO DE LOS ARTICULOS O SERVICIOS NECESARIOS PARA DESEMPEÑAR EL TRABAJO
\$	\$	\$

16. ANOTE LOS INGRESOS QUE RECIBE CADA MES PROVENIENTES DE FUENTES QUE NO SEAN EMPLEO. SI EL SOLICITANTE ES UN NIÑO CIEGO O DISCAPACITADO MENOR DE 18 AÑOS, INCLUYA LOS INGRESOS DE LOS PADRES RESPONSABLES DEL NIÑO.

CLASE DE INGRESOS	(✓) SI NINGUNO	ANOTE LA CANTIDAD MENSUAL RECIBIDA POR:		NUMERO DE RECLAMO
		USTED MISMO	ESPOSO(A)/PADRES	
A. SEGURO SOCIAL <small>(SEGURO DE JUBILACION PARA SOBREVIVIENTES, POR INCAPACIDAD/DISCAPACIDAD)</small>		\$	\$	
B. CONTRIBUCIONES EN EFECTIVO		\$	\$	
C. SEGURO DEL ESTADO CONTRA INCAPACIDAD/DESEMPLEO		\$	\$	
D. PENSION/COMPENSACION PARA VETERANOS		\$	\$	
E. ASISTENCIA Y CUIDADO POR PARTE DE AYUDANTES/ ASIGNACION POR ESTAR CONFINADO A LA CASA PROPORCIONADOS POR LA VA*		\$	\$	
F. PENSION DEL GOBIERNO		\$	\$	
G. PENSION DE JUBILACION PRIVADA Y/O MILITAR		\$	\$	
H. PENSION POR SEPARACION O DIVORCIO, MANTENIMIENTO DE HIJOS		\$	\$	
I. INGRESOS POR ALQUILER		\$	\$	
J. INTERESES, DIVIDENDOS, REGALIAS		\$	\$	
K. PENSION DE JUBILACION DEL FERROCARRIL		\$	\$	
L. COMPENSACION POR LESIONES DE TRABAJO		\$	\$	
M. PAGOS DE CalWORKs (PROGRAMA DE CALIFORNIA DE OPORTUNIDADES DE TRABAJO Y RESPONSABILIDAD HACIA LOS NIÑOS)		\$	\$	
N. OTRA: (ESPECIFIQUE)		\$	\$	

17. ¿HAN SOLICITADO USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED, O ESPERAN EMPEZAR A RECIBIR, INGRESOS PROVENIENTES DE CUALQUIER FUENTE ENUMERADA EN LA "SECCION 16"? (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) SI NO

CLASE DE INGRESOS	LUGAR EN QUE LOS SOLICITARON	FECHA EN QUE LOS SOLICITARON	FECHA EN QUE ESPERAN RECIBIRLOS

18. ¿HAN TENIDO USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED, GASTOS MEDICOS EN LOS ULTIMOS 3 MESES Y QUIEREN RECIBIR LOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA CUBRIR ESOS GASTOS? SI NO

19. (A.) ¿RECIBEN USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED REGALOS NO EN EFECTIVO O CONTRIBUCIONES DE RENTA, ALIMENTOS, ROPA U OTROS ARTICULOS DE NECESIDAD? SI NO
 (B.) ¿RECIBEN USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED COMPENSACION NO EN EFECTIVO A CAMBIO DE TRABAJO? SI NO
 (SI CONTESTA "SI" A "(A)" O "(B)", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.)

ARTICULO QUE SE CONTRIBUYE	FRECUENCIA CON QUE SE RECIBE	EQUIVALENTE EN EFECTIVO
		\$
		\$

20. ¿TIENEN USTED, SU ESPOSA(O) O LOS PADRES DE USTED SEGURO DE SALUD U HOSPITALIZACION (INCLUYENDO LOS QUE PAGA EL EMPLEADOR)? (SI CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) SI NO

CLASE DE SEGURO (MARQUE LO QUE SEA PERTINENTE.)	PERSONAS ASEGURADAS
<input type="checkbox"/> MEDICARE* (NO. DE RECLAMO)	
<input type="checkbox"/> CHAMPUS (Programa de Salud para el Ex-personal Militar y Sus Familias)	
<input type="checkbox"/> COBERTURA POR LA ADMINISTRACION DE BENEFICIOS PARA VETERANOS	
<input type="checkbox"/> KAISER	
<input type="checkbox"/> ROSS—LOOS	
<input type="checkbox"/> BLUE SHIELD	
<input type="checkbox"/> BLUE CROSS	
<input type="checkbox"/> PLAN DE SALUD PAGADO POR ADELANTADO (Prepaid Health Plan-PHP)	
<input type="checkbox"/> ORGANIZACION PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD** (ESPECIFIQUE:)	
<input type="checkbox"/> OTRA CLASE (ESPECIFIQUE:)	

SECCION NO.	INFORMACION ADICIONAL (ADJUNTE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.)

SOLO PARA USO DEL CONDADO EXPECTED INCOME

How Verified:
 a. _____
 b. _____
 c. _____

IN-KIND INCOME

30-775.11
 How Verified: _____

PREMIUM PAYMENTS

Amount Paid: \$ _____
 How often: _____
 How Verified: _____

SOC 310 VERIFICATION

ELIGIBLE INELIGIBLE
 REASON (IF INELIGIBLE):

SOCIAL SERVICE WORKER:

DATE:

ASEGURESE DE QUE HA LEIDO CADA SECCION Y QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS QUE SEAN PERTINENTES A USTED. LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR:

POR ESTE MEDIO, DECLARO A TRAVES DE MI FIRMA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON CORRECTAS Y VERDADERAS, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER.
 CONVENGO EN INFORMARLE AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO ANTES DE QUE PASEN 10 DIAS SI SURGEN CAMBIOS EN MIS INGRESOS, POSESIONES O GASTOS, O EN EL NUMERO DE PERSONAS EN MI HOGAR, O SI HAY CAMBIOS DE DIRECCION. ADEMAS, CONVENGO EN CUMPLIR TODAS LAS OTRAS RESPONSABILIDADES QUE SE EXPLICAN EN LA **MEDI-CAL RESPONSIBILITIES CHECKLIST** (LISTA DE VERIFICACION SOBRE LAS RESPONSABILIDADES EN RELACION AL MEDI-CAL) QUE HE RECIBIDO.
 ENTIENDO QUE POSIBLEMENTE ME PIDAN QUE COMPRUEBE MIS DECLARACIONES, PERO QUE LA LEY REQUIERE QUE EL CONDADO LAS MANTENGA CONFIDENCIALES.
 ENTIENDO QUE SI NO ESTOY SATISFECHO(A) CON CUALQUIER ACCION QUE TOMA EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO, TENGO DERECHO A UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.
 ENTIENDO QUE TENGO QUE DISPONER DE CUALQUIER RECURSO QUE TENGA EN EXCESO, ANTES DE QUE PASE UN PERIODO DE SEIS MESES EN EL CASO DE BIENES RAICES, Y DE TRES MESES EN EL CASO DE BIENES PERSONALES. ADEMAS, TENGO QUE REEMBOLSAR CUALQUIER PAGO EXCESIVO USANDO LOS INGRESOS PROVENIENTES DE LA PROPIEDAD DE LA CUAL SE DISPONGA.
 ENTIENDO QUE SI SOY ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS DE IHSS, SE ME PROPORCIONARA UNA TARJETA DE MEDI-CAL SIN ASIGNARME UNA PARTE DEL COSTO, SI YO PAGO MI PARTE DEL COSTO DE IHSS QUE TENGO LA OBLIGACION DE PAGAR.
 ENTIENDO QUE LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES REQUIEREN LA RECUPERACION DE TODOS LOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL QUE SE RECIBAN DESPUES DE LOS 55 AÑOS DE EDAD, DE LA MASA HEREDITARIA DE UN BENEFICIARIO DE MEDI-CAL, SI NO LE SOBREVIVEN SU ESPOSA(O), HIJOS MENORES, NI HIJOS QUE ESTEN PERMANENTE Y COMPLETAMENTE DISCAPACITADOS.

YO, LA PERSONA QUE FIRMA ABAJO, DECLARO BAJO PENALIDAD DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON VERDADERAS Y CORRECTAS.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO (SE REQUIERE SI EL SOLICITANTE FIRMO CON UNA MARCA.)	FECHA
FIRMA DE LA PERSONA QUE ACTUA A NOMBRE DEL SOLICITANTE (PARENTESCO/RELACION: PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, CURADOR LEGAL)	FECHA	FIRMA DE LA PERSONA QUE LE AYUDO AL SOLICITANTE A COMPLETAR EL FORMULARIO	FECHA