

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR

Al Solicitante: Todas las secciones de este formulario deben ser completadas. La información provista está sujeta a verificación.

NOTA: Conserve la copia de su solicitud ya completa. Con respecto a su número de seguro social, es obligatorio que proporcione su número de Seguro Social como se requiere en 42 USC 405, o que solicite un número de Seguro Social con la Administración del Seguro Social. Esta información se usará en la determinación de elegibilidad y en la coordinación de información con otras agencias públicas.

Fecha de la solicitud:	Número del caso (si lo sabe):
-------------------------------	--------------------------------------

Sección 1 – Información personal

Nombre del solicitante:		Número de Seguro Social:
Domicilio:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	Teléfono:
		Correo electrónico:
Fecha de nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Sección 2 – Orientación sexual e identidad de género (opcional)

Proporcionar respuestas en las siguientes secciones es opcional y confidencial. Cualquier información proporcionada en esta sección no se usará en la determinación de su elegibilidad.

¿Cuál es su identidad de género? (marque la casilla que mejor describa su identidad de género actual)	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No binario (ni hombre ni mujer)
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Otra identidad de género
<input type="checkbox"/> Transgénero: Masculino a femenino	<input type="checkbox"/> Me rehusó a decirlo
<input type="checkbox"/> Transgénero: Femenino a masculino	

¿Qué sexo se indicó en su acta de nacimiento original? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
¿Cómo describe su orientación sexual? Seleccione una respuesta.	
<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual o lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer	<input type="checkbox"/> Otra orientación sexual <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me rehusó a decirlo

Sección 3 – Información de veteranos

¿Es usted un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted cónyuge/hijo de un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó “Sí”, dé el nombre del veterano y número de reclamo:	

Sección 4 – Información de SSI/SSP

¿Recibe usted beneficios de SSI/SSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si contestó “Sí”, indique su tipo de alojamiento:		
<input type="checkbox"/> Vida independiente	<input type="checkbox"/> Hospedaje y cuidado	<input type="checkbox"/> Hogar de alguien más
Servicios solicitados:		

Sección 5 – Historial de IHSS

¿Ha recibido Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sí Contestó “Sí”, complete lo siguiente. Fecha y condado donde se recibió servicio por ultima vez:	
Total de horas mensuales:	Nombre usado (si es diferente al de arriba):

Sección 6 – Información del Hogar

Enumere los miembros del hogar:

Nombre del esposo o esposa:	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No es pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No es pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No es pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No es pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No es pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No es pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No es pariente	

Sección 7 – Información étnica y de idioma

La ley exige que se recopile información sobre el origen étnico y el idioma primario. Si no completa esta sección, el personal del servicio social tomará una determinación. La información no afectará su elegibilidad para el servicio.

<p>A. Mi origen étnico es: Por favor elija uno (Vea la página 8 la lista de etnias y códigos)</p>	<p>B1. ¿En qué idioma prefiere leer? Por favor escoja uno</p> <p>B2. ¿En qué idioma prefiere hablar? Por favor escoja uno (Por favor, escoja uno de la lista de idiomas y códigos en la página 8)</p>
--	--

Sección 8 – Asistencia con la comunicación

Para asistir a los solicitantes ciegos o con discapacidad visual, la información de IHSS está disponible en los siguientes formatos alternativos. Por favor, indique qué formato prefiere, si es que aplica. Proporcionar información en esta Sección no afectará su elegibilidad para los servicios.

Soy ciego: Sí No

Si respondió “Sí”, por favor, escoja uno de los siguientes por cada uno de los tres tipos de documentos enumerados del Departamento de Servicios Sociales (DSS).

Para avisos de acción: No se necesitan adaptaciones Documentos en Braille
 Audio CD CD de Datos Apoyo del Condado

(Si es apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado)

Para formularios requeridos por IHSS: No se necesitan adaptaciones
 Documentos Braille
 Audio CD CD de Datos Apoyo del Condado

(Si es apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado)

Para reportes de horas: No se necesitan adaptaciones
 Sistema Telefónico (4 Digitos RAN:) Apoyo del Condado
 Sistema electrónico para reportes de horas (ETS) (Los solicitantes y los proveedores deben registrarse primero en <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(Si es apoyo del Condado, describa el apoyo deseado)

Tengo una discapacidad visual: Sí No

Si contestó “Sí”, por favor, escoja uno de los siguientes por cada uno de los tres tipos de documentos enumerados del Departamento de Servicios Sociales (DSS).

<p>Para avisos de acción: <input type="checkbox"/> No se necesitan adaptaciones <input type="checkbox"/> Documentos en letra de 18 puntos <input type="checkbox"/> Audio CD <input type="checkbox"/> CD de datos <input type="checkbox"/> Apoyo del Condado</p> <p>(Si es apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado)</p>
<p>Para formularios requeridos por IHSS: <input type="checkbox"/> No se necesitan adaptaciones <input type="checkbox"/> Documentos en letra de 18 puntos <input type="checkbox"/> Audio CD <input type="checkbox"/> CD de datos <input type="checkbox"/> Apoyo del Condado</p> <p>(Si es apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado)</p>
<p>Para reportes de horas: <input type="checkbox"/> No se necesitan adaptaciones <input type="checkbox"/> Sistema Telefónico (4 Digitos RAN:) <input type="checkbox"/> Documentos en letra de 18 puntos <input type="checkbox"/> Apoyo del Condado <input type="checkbox"/> Sistema electrónico para reportes de horas (ETS) (Los solicitantes y los proveedores deben registrarse primero en https://www.etimesheets.ihss.ca.gov)</p> <p>(Si es apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado, incluyendo servicios solo para ciegos)</p>

Sección 9 – Afirmación

Yo afirmo que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en cooperar plenamente si se requiere la verificación de las declaraciones anteriores en el futuro.

También entiendo que como empleador de mi(s) proveedor(es) de IHSS soy responsable de:

1. Contratar, capacitar, supervisar, programar y, cuando sea necesario, despedir a mi(s) proveedor(es).
2. Asegurar que el total de horas reportadas por todos los proveedores que trabajan para mí no exceda mis horas autorizadas de IHSS cada mes.
3. Enviar a cualquier persona que yo quiera contratar a la oficina de IHSS del Condado para completar el proceso de elegibilidad del proveedor.
4. Notificar a la oficina de IHSS del Condado dentro de 10 días cuando contrate o despida a un proveedor.

Además, entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes términos y limitaciones con respecto al pago por servicios del programa IHSS:

1. Para que una persona sea pagada por el programa IHSS, debe ser aprobada como proveedor elegible del IHSS.
2. Si decido que una persona trabaje para mí y no ha sido aprobada como proveedor elegible de IHSS, yo seré responsable de pagarle a él/ella si no es aprobado/a.
3. El programa IHSS no pagará ningún servicio que se me brinde hasta que se apruebe mi solicitud de servicios y luego solo pagará por los servicios que el Programa IHSS autorice que yo reciba.
4. Seré responsable de pagar cualquier servicio que reciba que no esté incluido en mi autorización de IHSS.
5. Seré responsable de pagar mi costo compartido (Share-of-Cost, o SOC) e informar a mi(s) proveedor(es) individual(es) de dicho SOC.

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

Para promover la integridad del programa y la garantía de calidad, puedo estar sujeto a visitas (no) anunciadas a mi hogar y que yo o mi(s) proveedor(es) pueden recibir cartas identificando problemas sobre los requisitos del programa del Departamento de Servicios para el Cuidado de la Salud (DHCS), del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) y/o el Condado en el que recibo los servicios.

El objetivo de las visitas y cartas es garantizar que se sigan los requisitos del programa y que los servicios autorizados sean necesarios para que permanezca seguro en su hogar. La visita también verificará que se brinden los servicios autorizados, que la calidad de esos servicios sea aceptable y que su bienestar esté protegido.

Si se determina que los servicios de IHSS no son necesarios o no se brindan de manera adecuada, usted y/o su proveedor pueden estar sujetos a una investigación de fraude de Medi-Cal. Si se confirma el fraude, usted y/o su proveedor serán procesados por fraude de Medi-Cal.

Sección 10 – Firma(s)

Firma del solicitante		Fecha:
Firma del representante del solicitante (sólo si aplica):		Fecha:
Relación del representante con el solicitante (sólo si aplica):	Número telefónico del representante (sólo si aplica):	
Domicilio del representante (sólo si aplica):		

Para reportar una sospecha de fraude o abuso en la provisión o recibo de los servicios de IHSS, por favor llame a la línea directa de fraude al 1-800-822-6222, o envíe correo electrónico a stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov, o visite <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>.

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

Income Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Status Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal Aid Code:
MAGI Eligible Recipient: <input type="checkbox"/> Disabled 12 months or longer <input type="checkbox"/> At risk without IHSS	Verification:	
Notes:		
Signature of Social Worker or Agency Representative:		Telephone Number:

Códigos de etnia:

- A. Blanco.**
- B. Hispano.**
- C. Negro.**
- D. Otros asiáticos o isleños del Pacífico.**
- E. Indígena Americano o nativo de Alaska.**
- F. Filipino.**
- G. Chino.**
- H. Camboyano.**
- I. Japonés.**
- J. Coreano.**
- K. Samoano.**
- L. Hindú.**
- M. Hawaiano.**
- N. Guamano.**
- O. Laosiano.**
- P. Vietnamita.**
- Q. Otro.**
- R. Etnia mixta.**

Códigos de Idioma:

- 1. Lenguaje de Señas Americano (AMISLAN o ASL).**
- 2. Español - El Aviso de Acción (NOA) será enviado en español.**
- 3. Cantonés.**
- 4. Japonés.**
- 5. Coreano.**
- 6. Tagalo.**
- 7. Otro que no sea inglés.**
- 8. Inglés.**
- 9. Español -El NOA será enviado en inglés.**
- 10. Otro lenguaje de señas.**
- 11. Mandarín.**
- 12. Otros Idiomas chinos.**
- 13. Camboyano.**
- 14. Armenio.**
- 15. Ilocano.**
- 16. Mien.**
- 17. Hmong.**
- 18. Laosiano.**
- 19. Turco.**
- 20. Hebreo.**
- 21. Francés.**
- 22. Polaco.**
- 23. Ruso.**
- 24. Portugués.**
- 25. Italiano.**
- 26. Árabe.**
- 27. Samoano.**
- 28. Tailandés.**
- 29. Farsi.**
- 30. Vietnamita.**

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		SOLO PARA USO DEL CONDADO
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*
<input type="checkbox"/> ¿TIENE USTED 65 AÑOS DE EDAD O MAS? <input type="checkbox"/> ¿ESTA USTED INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> ¿ESTA USTED CIEGO?		
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A)		
<input type="checkbox"/> 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:		
<input type="checkbox"/> ¿TIENEN 65 AÑOS DE EDAD O MAS? <input type="checkbox"/> ¿ESTAN INCAPACITADOS/DISCAPACITADOS? <input type="checkbox"/> ¿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?		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS (EE. UU.)? (SI CONTESTA "SI", PASE A LA "SECCION 4".)		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.?		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> CUARTO <input type="checkbox"/> CUARTO CON COMIDA <input type="checkbox"/> CASA-REMOLQUE/CASA RODANTE (MOTOR HOME) <input type="checkbox"/> OTRO(A)		
(EN) EL/LA CUAL: <input type="checkbox"/> ES MI PROPIEDAD/ ESTOY COMPRANDO <input type="checkbox"/> ESTOY RENTANDO <input type="checkbox"/> VIVO SIN COSTO ALGUNO <input type="checkbox"/> 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.)		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO O EN LA PAGINA 4, PARRAFO 21.) SI NO

SOLO PARA USO DEL CONDADO

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 CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) SI NO

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	CONDUENO	
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 EFECTIVO 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 CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) (NO INCLUYA APARATOS NI EQUIPO DE REHABILITACION.) SI NO

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 CONTESTA "SI", ANOTE LA INFORMACION ABAJO.) SI NO

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

SOLO PARA USO DEL CONDADO

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. <small>ASISTENCIA Y CUIDADO POR PARTE DE AYUDANTES/ ASIGNACION POR ESTAR CONFINADO A LA CASA PROPORCIONADOS POR LA VA*</small>		\$	\$	
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. <small>PAGOS DE CalWORKs (PROGRAMA DE CALIFORNIA DE OPORTUNIDADES DE TRABAJO Y RESPONSABILIDAD HACIA LOS NIÑOS)</small>		\$	\$	
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:)	

21. 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. ADEMÁS, 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. ADEMÁS, 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 PENA 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

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) - NOTIFICACIÓN AL SOLICITANTE ACERCA DEL REQUISITO DE UNA CERTIFICACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

La ley estatal (Sección 12309.1 del Código de Bienestar Público e Instituciones) requiere que cada persona que solicita beneficios del Programa de IHSS provea una certificación para el cuidado de la salud emitida por un profesional en el cuidado de la salud con licencia (LHCP) antes de que pueda recibir beneficios del Programa de IHSS.

La certificación tiene que ser completada por un LHCP, tal como un médico (doctor), asistente de médico, clínico de un centro regional o clínico supervisor, terapeuta ocupacional, terapeuta físico, psiquiatra, psicólogo, optometrista, oftalmólogo, enfermera(o) del sistema de la salud pública, etc.

La certificación tiene que declarar que usted por sí mismo no puede hacer algunas de las actividades de la vida diaria (ADL) y que sin ayuda para hacer estas actividades, usted estaría en riesgo de que lo colocaran bajo cuidado fuera del hogar.

Las ADL básicas son: comer, bañarse, vestirse, usar el baño, caminar, y levantarse de una cama o una silla. Otras ADL son: limpiar la casa, preparar comidas, ir de compras para la comida y otras necesidades, tomar medicinas, etc.

Adjunto está un “Formulario de certificación para el cuidado de la salud” (SOC 873) para que se lo dé a su LHCP para que lo complete. Si quiere, el Condado puede enviar el formulario directamente al LHCP, pero usted tendrá que darle al Condado el nombre y dirección del LHCP.

Es posible que el Condado acepte un documento sustituto en lugar del formulario SOC 873, siempre y cuando este documento cumpla con todos los siguientes requisitos:

1. Indicar que usted no puede por sí mismo hacer una o más de las ADL,
2. Describir su condición médica u otra condición que le impide hacer por sí mismo las ADL y causa que usted necesite los beneficios del Programa de IHSS, y
3. Haber sido firmado por un LHCP dentro de los últimos 60 días.

Ya sea que usted mismo le dé el formulario SOC 873 al LHCP o que el Condado lo envíe, usted es responsable de asegurarse de que sea completado y devuelto al Condado dentro de **45 días** contados a partir de la fecha en que el trabajador del Condado lo solicite.

Si usted no le provee al Condado el formulario SOC 873 completado o un documento sustituto dentro de 45 días, se negará su solicitud para beneficios del Programa de IHSS. Al igual que con cualquier acción que el Condado tome en su caso, usted puede solicitar una audiencia con el Estado si no está de acuerdo con la decisión del Condado.

Bajo ciertas circunstancias limitadas, tal como si se solicitan los servicios porque le están dando de alta a usted de un hospital o de un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, y necesita los servicios para poder regresar de manera segura a su hogar, o si el Condado determina que usted está en riesgo de ser colocado bajo cuidado fuera del hogar, es posible que el Condado

le otorgue una excepción que le permitirá recibir beneficios de IHSS temporalmente antes de que el Condado reciba el formulario SOC 873 completado o un documento sustituto. Sin embargo, aun si se le otorga una excepción, usted todavía tendrá que proveerle al Condado uno de estos documentos dentro de los 45 días para determinar si usted puede continuar recibiendo beneficios de IHSS. Si se le ha otorgado una excepción pero no puede conseguir el formulario SOC 873 de su LHCP dentro de 45 días, llame a su trabajador social antes de la fecha de cierre para decirle por qué usted no puede cumplir con la fecha de cierre, y puede preguntar si el Condado le puede dar más tiempo.

Si tiene alguna pregunta acerca del requisito sobre una certificación para el cuidado de la salud, pregúntele al trabajador social asignado a su caso.

SE TIENE QUE ENTREGAR A MÁS TARDAR EN:

____/____/____

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE
LA SALUD**

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO (Para ser completada por el Condado)

Nombre del Solicitante/Beneficiario:	Fecha de nacimiento:
--------------------------------------	----------------------

Dirección:

Condado de residencia:	# del Caso de IHSS:
------------------------	---------------------

Nombre del Trabajador de IHSS:

Número de teléfono del Trabajador de IHSS:	Número de fax del Trabajador de IHSS:
--	---------------------------------------

B. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD (Para ser completada por el solicitante/beneficiario)

Yo, _____, autorizo la divulgación de
(ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE)
información sobre el cuidado de la salud relacionada a mi
condición física y/o mental al Programa de Servicios de Apoyo
en el Hogar en lo que se refiere a mi necesidad de servicios
domésticos/relacionados y de cuidado personal.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

(SOLICITANTE/BENEFICIARIO O TUTOR/CURADOR LEGAL)

Testigo (si la persona firma con una "X"):

_____ Fecha: ____/____/____

A: EL PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD CON LICENCIA* –

La persona mencionada arriba ha solicitado o actualmente está recibiendo beneficios del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). La ley del Estado requiere que para que se autoricen o se continúen los servicios del Programa de IHSS, un profesional en el cuidado de la salud con licencia tiene que proveer una certificación sobre el cuidado de la salud en la cual declare que la persona mencionada arriba no puede hacer independientemente alguna actividad de la vida diaria y que sin los servicios de IHSS, esta persona estaría en peligro de ser colocada bajo cuidado fuera del hogar. Este formulario de certificación sobre el cuidado de la salud se tiene que completar y devolver al trabajador de IHSS mencionado arriba. El trabajador de IHSS usará la información que se provea para evaluar la condición actual de la persona y su necesidad para cuidado fuera del hogar si no se proveen los servicios de IHSS. El trabajador de IHSS tiene la responsabilidad de autorizar los servicios y las horas de servicio. La información que se provea en este formulario se considerará como un factor en la necesidad para servicios, y se considerará toda la documentación pertinente para hacer la determinación sobre IHSS.

IHSS es un programa cuyo propósito es habilitar a las personas de edad avanzada, ciegas, y discapacitadas quienes están más en riesgo de ser colocadas bajo cuidado fuera del hogar para que se queden de una manera segura en su propio hogar proveyéndoles servicios domésticos/relacionados y de cuidado personal. Los servicios de IHSS incluyen: limpiar la casa, preparar comidas, limpiar después de las comidas, lavar la ropa, ir de compras para la comida u otras necesidades, ayuda con el cuidado para

la respiración, asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga, alimentación, baños en la cama, vestirse, cuidado de la menstruación, ayuda para moverse de un lado a otro, transferencias, bañarse y aseo personal, frotar la piel y reposicionamiento, cuidado/ayuda con prótesis, acompañar a citas médicas/recursos alternativos, eliminación de peligros en el patio/jardín, limpieza profunda, supervisión de protección (observar el comportamiento de una persona que no se dirige por sí misma, confundida, impedida mentalmente o con una enfermedad mental e intervenir cuando sea apropiado para salvaguardar al beneficiario de lesiones, peligros o accidentes), y servicios paramédicos (actividades que requieren un criterio basado en entrenamiento recibido de un profesional en el cuidado de la salud, tal como administrar medicinas, introducción de un instrumento agudo en la piel, etc., los cuales una persona haría por sí misma si dicha persona no tuviera limitaciones funcionales, y las cuales, debido a su condición física o mental, son necesarias para mantener su salud). El Programa de IHSS provee ayuda directa y/o asistencia verbal (recordando o sugiriendo) para los servicios mencionados anteriormente.

**Profesional en el cuidado de la salud con licencia significa una persona con licencia de la agencia reguladora apropiada en California, ejerciendo dentro del ámbito de su licencia o certificación como se define en el Código de Negocios y Profesiones. Estas personas incluyen pero no se limitan a médicos, asistentes de médicos, clínicos de centros regionales o clínicos supervisores, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, psiquiatras, psicólogos, optometristas, oftalmólogos, y enfermeras(os) del sistema de la salud pública.*

Nombre del Solicitante/Beneficiario:

del Caso de IHSS:

C. INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD
 (Para ser completada solamente por un profesional en el cuidado de la salud con licencia)

NOTA: LAS PREGUNTAS #1 & #2 (Y #3 & #4 TAMBIÉN, SI SON PERTINENTES) TIENEN QUE SER COMPLETADAS COMO UNA CONDICIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE IHSS.

- | | |
|---|---|
| <p>1. ¿Es cierto que esta persona <u>no puede</u> independientemente hacer una o más de las actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer, bañarse, vestirse, usar el baño, caminar, etc.), o actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, limpiar la casa, preparar comidas, ir a comprar comida, etc.)?</p> | <p><input type="checkbox"/> SÍ
 <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p>2. En su opinión ¿se recomienda uno o más servicios de IHSS para prevenir la necesidad de cuidado fuera del hogar? (Vea la descripción de los servicios de IHSS en la página 1.)</p> | <p><input type="checkbox"/> SÍ
 <input type="checkbox"/> NO</p> |

Si usted contestó “NO” a la pregunta #1 Ó #2, no conteste las preguntas #3 y #4 a continuación, y complete el resto del formulario incluyendo la certificación en la PARTE D al final del formulario.

Si usted contestó “SÍ” a las preguntas #1 Y #2, conteste las preguntas #3 y #4 a continuación, y complete la certificación en la PARTE D al final del formulario.

3. Provea una descripción de cualquier condición física y/o mental, o limitación funcional, que ha resultado o contribuido a la necesidad de esta persona para asistencia del Programa de IHSS:

- | | |
|---|---|
| <p>4. ¿Se espera que esta condición(es) o limitación(es) funcional dure más de 12 meses seguidos, O se espera que resulte en el fallecimiento dentro de 12 meses?</p> | <p><input type="checkbox"/> SÍ
 <input type="checkbox"/> NO</p> |
|---|---|

Por favor, complete las preguntas #5 - 8, hasta donde le sea posible, para ayudar más al trabajador de IHSS a determinar la elegibilidad de esta persona.

5. Describa el tipo de servicios que usted provee a esta persona (por ejemplo, tratamiento médico, cuidado médico continuo no intenso, planificación para cuando se da de alta la persona, etc.):

6. ¿Durante cuánto tiempo ha provisto servicio(s) a esta persona?

7. ¿Con qué frecuencia tiene usted contacto con esta persona? (por ejemplo, mensualmente, una vez al año, etc.):

8. Indique la última fecha en que usted proveyó servicios a esta persona: ____ / ____ / ____

NOTA: ES POSIBLE QUE EL TRABAJADOR DE IHSS SE COMUNIQUE CON USTED PARA INFORMACIÓN ADICIONAL O PARA ACLARAR LAS RESPUESTAS QUE USTED PROVEYÓ EN LA PARTE ANTERIOR.

D. CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD CON LICENCIA

Al firmar este formulario, yo certifico que tengo una licencia profesional del Estado de California y que toda la información provista en la parte anterior es correcta.

Nombre:

Título:

Dirección:

Número de teléfono:

Número de fax:

Firma:

Fecha:

Número de Licencia Profesional:

Autoridad que otorgó la licencia:

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL TRABAJADOR DE IHSS ANOTADO EN LA PÁGINA 1.