

IL-1
10/08

Nombre del Consumidor _____
Persona de Contactar _____

**PROGRAMA PARA UNA VIDA INDEPENDIENTE
APLICACION**

1. Número del Seguro Social _____
2. Nombre _____ Masculino Femenina Edad _____
Dirección _____ Día de Cumpleaños _____
Teléfono () _____
Ciudad Estado Condado Código Postal
3. Raza/Descripción Étnica (Chequear todo lo que se aplica) Blanco
Negro Indio Asiático Pacífico Hispano
4. Estado Matrimonial: Casado Viudo Separado Nunca Casado
Número de Dependientes _____
5. Quién lo refirió a este Programa? _____
6. Cual es su incapacidad (es)? _____
Qué causa su incapacidad (es)? _____
De qué manera su incapacidad limita su independencia? _____

7. Está actualmente recibiendo beneficios en efectivo del SSDI?
No se aplica
Actualmente recibiendo beneficios Beneficios negados
Aplicación está pendiente Beneficios han sido discontinuados
Cantidad recibida \$ _____
8. Está usted recibiendo beneficios efectivos del SSI? No se aplica
Actualmente recibiendo beneficios Beneficios negados
Aplicación está pendiente Beneficios han sido discontinuados
Cantidad recibida \$ _____

9. Ha estado usted en el Servicio Militar? Si No
Es usted elegible para los beneficios de los Veteranos? Si No
10. Cuál es su nivel educativo? _____ Usted alguna vez ha tenido IEP?
Si No Actualmente está usted asistiendo a la escuela? Si No
Si está, nombre de la escuela: _____
11. Cuáles son sus arreglos de vivienda? _____
12. Actualmente está recibiendo servicios de Rehabilitación Vocacional?
Si No
13. Ha recibido servicios por medio de un Centro de Vida Independiente?
Si No
14. Está usted trabajando actualmente? Si No
Cuántas horas por semana? _____
15. Tiene servicios disponibles? (Chequear todo lo que se aplica)
- Medicare Medicaid Compensación de los Trabajadores
Easter Seals Distrofia Muscular Servicios Caritativos
Familiares y Amistades Organizaciones Fraternalas
Organizaciones Religiosas Administración para Veteranos
Sociedad para la Esclerosis Múltiple Otros especifique) _____

Cual es su principal fuente de ingresos en estos momentos?: _____

-
16. Usted recibe: Asistencia General Si No
Cantidad? \$ _____
Otra ayuda Pública Si No Cantidad? \$ _____
17. Escriba en breve sus necesidades y cómo el Programa de Servicio
Independiente le puede ayudar: _____
-
-

La información contenida en este formulario es verdadera y correcta para el mayor de mis conocimientos. Permiso otorgado al Programa de Vida Independiente para hacer cualquier investigación que sea necesaria para verificar esta declaración. Aplicando

para los servicios de Vida Independiente comprendo que hay necesidad de coleccionar informaciòn personal.

Pagina 3 de 3

Yo comprendo que la informaciòn del consumidor es necesario para determinar si es elegible y es entonces mandatorio. Omisiòn de proveer informaciòn requerida puede resultar en la determinaciòn de no ser elegible a los Servicios para una Vida Independiente.

Yo comprendo que está informaciòn de servicio del consumidor se mantendrá confidencial .

Yo comprendo que tengo la oportunidad de revisar mi caso en un tiempo aceptable en caso que no esté satisfecho(a) con la determinaciòn hecha por el Coordinador de la Vida Independiente concerniente a la negaciòn del servicio entrando en contacto con: Nancy Bentley @ 637-4950.

Yo comprendo que el Representante del Programa para Asistente al Cliente está disponible para actuar como mi consejero y abogar, y que puedo llamar el número de teléfono gratuito 1-800-662-9080 o la Ciudad de Salt Lake 801-363-1347 para contactar con el Centro de la Ley para Incapacitados/Programa para Asistencia al Cliente (CAP), 205 North 400 Oeste, Salt Lake City, Utah 84103

Yo comprendo que los servicios en este Programa son proveidos sin considerar diferencia en sexo, raza, edad, religiòn, color o origen nacional según el Titulo VI del Acta de Derechos Civiles, y Secciòn 504 del Acta de Rehabilitaciòn de 1973, amendado. El Programa de Vida Independiente asegura que ningun grupo de individuos serán excluidos o encontrados inelegibles basados en el tipo de incapacidad.

Fecha

Consumidor/Guardian/Representante Firma

Te gustaria registrar para votar? Si No Esta informaciòn no afectará su elegibilidad.

Por favor regresar esta forma a:

TRANSACCION ACTIVA
10 South Fairgrounds Road
Price, Utah 84501

INFORMACION CONTENIDA EN ESTA APLICACION SE MENTENDRA
CONFIDENCIAL

PROGRAMA PARA UNA VIDA INDEPENDIENTE