

**SOLICITUD PARA SERVICIOS SOCIALES****AL SOLICITANTE:** Esta forma está sujeta a verificación.**NOTA:** Retenga su copia de esta solicitud.

\* **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Es obligatorio que usted proporcione su número(s) de Seguro Social de la manera en que 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 (MPP). Esta información se usará para determinar la elegibilidad y coordinar información con otras oficinas públicas.

		NÚMERO DEL CASO	FECHA DE LA SOLICITUD
1. NOMBRE		*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN		SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (    )	FECHA DE NACIMIENTO

2. ¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿ES EL ESPOSO(A)/HIJO DE UN VETERANO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", PROPORCIONE EL NOMBRE DEL VETERANO Y NÚMERO DE RECLAMO
---	--	---

3. ¿Recibe usted beneficios de SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", MARQUE LA CLASE DE ARREGLOS DE VIVIENDA QUE TIENE <input type="checkbox"/> Vivo independientemente <input type="checkbox"/> Cuarto y comida <input type="checkbox"/> Hogar de otro
SERVICIOS QUE SE ESTÁN SOLICITANDO	

4. ¿Ha recibido Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado? Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
FECHA Y LUGAR DONDE SE RECIBIÓ EL SERVICIO LA ÚLTIMA VEZ	NÚMERO DE HORAS	NOMBRE QUE USÓ (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)

5. ANOTE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN EL HOGAR	FECHA DE NACIMIENTO	*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL ESPOSO/ESPOSA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PADRE/MADRE <input type="checkbox"/>		
NIÑO/OTRO PARIENTE		
NIÑO/OTRO PARIENTE		

6. 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 derecho a recibir servicio.	
A. Mi origen étnico es (vea la siguiente página para obtener el código correcto): <input type="checkbox"/>	B. Hablo y entiendo inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mi idioma primario es el (vea la siguiente página para obtener el código correcto): <input type="checkbox"/>

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 el empleador de mi proveedor de IHSS, yo soy responsable de:

- 1) Contratar, entrenar, supervisar, preparar un horario y, cuando sea necesario, despedir a mi proveedor.
- 2) Asegurar que el total de las horas que reporten todos los proveedores que trabajen para mi 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, dicha persona tiene que ser un proveedor elegible y aprobado de IHSS.
- 2) Si elijo que una persona trabaje para mi y dicha persona no ha sido aprobada como un 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.

FIRMA DEL SOLICITANTE:	FECHA:
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE: <i>(SOLAMENTE SI ES PERTINENTE)</i>	FECHA: <i>(SOLAMENTE SI ES PERTINENTE)</i>
RELACIÓN / PARENTESCO DEL REPRESENTANTE CON EL SOLICITANTE: <i>(SOLAMENTE SI ES PERTINENTE)</i>	NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE: <i>(SOLAMENTE SI ES PERTINENTE)</i> (      )
DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE: <i>(SOLAMENTE SI ES PERTINENTE)</i>	

**Para reportar alguna sospecha de fraude o abuso de los servicios del Programa de IHSS, por favor llame a la línea de información acerca del fraude, 800-822-6222, o vaya al sitio web: [www.stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov](mailto:www.stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov).**

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

INCOME ELIGIBLE: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	STATUS ELIGIBLE: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VERIFICATION:	SIGNATURE OF SOCIAL WORKER OR AGENCY REPRESENTATIVE:	TELEPHONE NUMBER: (      )
RECIPIENT STATUS: <input type="checkbox"/> Refugee <input type="checkbox"/> Cuban/Haitian Entrant			SOURCE OF VERIFICATION FOR REFUGEE OR ENTRANT STATUS (EXPLAIN)	

**A. Códigos para los grupos étnicos:**

1. Blanco
2. Hispano
3. Negro
4. Otro asiático o isleño del Pacífico
5. Indio 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

**B. Códigos para los idiomas:**

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