DANE COUNTY
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

KATHLEEN FALK
DANE COUNTY EXECUTIVE

Dane County Department of Human Services
Division of Adult Community Services

Director – Lynn Green
Division Administrator – Fran Genter

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA ADULTOS

FECHA DE HOY: _____

PERSONA QUE LLENÓ LA SOLICITUD: _____ **TEL:** _____

DIRECCIÓN: _____

AGENCIA/PARENTESCO: _____

SERVICIO QUE SOLICITA **(Marque uno)**

_____ **Servicios residenciales**
_____ **Servicios vocacionales**
_____ **Administración de caso**
_____ **Servicios de relevo solamente**
_____ **Otro:** _____

1. **Persona que recibirá los servicios:** _____

2. **Dirección actual:** _____
   (número) (calle) (ciudad) (código postal)

3. **Tel.: ( )** _____ **Condado donde ive:** _____

4. **Sexo:** _____ **M** _____ **F** **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____

5. **Estado civil:** _____ **Grupo étnico:** _____

6. **Situación de vivienda: (marque todos los incisos que apliquen)**

   _____ **vive en una casa/departamento propio**
   _____ **vive en una casa/departamento con otros familiares**
   _____ **vive en casa de grupo/CBRF**
   _____ **vive en un centro de detención estatal**
   _____ **vive en una residencia para adultos**
   _____ **otra situación (especifique)**
   _____ **vive con otra persona (¿Quién?)** _____
   _____ **vive solo**
   _____ **vive con su cónyuge**
   _____ **vive con sus padres**
   _____ **vive con un ayudante doméstico**
   _____ **vive con sus niños**

7. **Indique si la persona que recibirá servicios está bajo el cuidado de un tutor:** _____ **Sí** _____ **No**
   Si contestó sí, escriba sus datos en la línea #8.

8. **Nombre del tutor:** _____ **Parentesco:** _____

   Dirección: _____
   (calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Tel. en casa: ( ) _____ **Tel. en su rabajo:** _____

9. **Padres/Persona a cargo o pareja:** _____

Dirección: _____ **Tel.:** _____

Parentesco: _____

10. **Médico principal:**

_____

Dirección: _____

11. **Incapacidad Principal:** _____

Incapacidad Secundaria: _____

Otras incapacidades:

_____

12. **Número de Seguro Social:** _____

13. **Número de expediente del programa MA y fecha de encimiento:** _____

14. **Otras fuentes de ingresos y seguro:**

_____ **SSI**	_____ **Beneficios de la Adm. de Veteranos**	_____ **Seguro o plan de salud privado.**
_____ **Seguro Social**	_____ **Asistencia general del Condado**	_____ **Medicare**
_____ **SSDI**	_____ **COP/CIP (indique cuál)**	_____ **Atención en casa**
_____ **Salario por empleo**		_____ **Ayuda de familiares/amigos**
		_____ **Otro:** _____

15. **Indique si se le ha asignado un administrador de caso del Condado de Dane al interesado** ___**Sí** ___**No**

Nombre del administrador de caso: _____

16. **Servicios residenciales proporcionados:** _____ _____ **Ninguno**
(Por parte de)

17. **Servicios diurnos/vocacionales proporcionados:** _____ _____ **Ninguno**
(Por parte de)

18. **Otros servicios proporcionados (Agencia/Persona contacto, dirección, teléfono, parentesco)**

_____

_____

_____

19. **Indique si el interesado desea solicitar servicios:** _____ **Sí** _____ **No**

20. **Indique si el tutor del interesado desea solicitar servicios (si aplica):** _____ **Sí** _____ **No**

21. **Proporcione información acerca de los servicios que desea (por ejemplo, el tipo de programa, cuándo lo necesita, etc.). Si está solicitando la administración de su caso, describa los servicios que desea recibir por parte del administrador (por ejemplo, que intervenga a su favor, etc.).**

_____

_____

_____

_____

Envíe esta solicitud a: Adult Community Services Intake, 1202 Northport Drive, Madison, WI 53704

Deberá solicitar beneficios nuevamente si no devuelve esta solicitud en un plazo de tres (3) meses.