

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:	Género: <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? Femenino Masculino

¿Cómo describe su orientación sexual?

Seleccione una respuesta.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Otra orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Homosexual o lesbiana | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Me rehusó a decirlo |
| <input type="checkbox"/> Queer | |

Sección 3 – Información de Veteranos

¿Es usted un Veterano?

Sí No

¿Es usted Cónyuge/Hijo de un Veterano?

Sí No

Si contestó Sí, de el nombre del Veterano y Número de Reclamo:

Sección 4 – Información de SSI/SSP

¿Recibe usted beneficios de SSI/SSP? Sí No

Si contestó Sí, indique su tipo de alojamiento:

Vida Independiente Casa y Comida Hogar de Alguien más

Servicios solicitados:

Sección 5 – Historial de IHSS

¿Ha recibido Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado? Sí 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 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 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 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 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 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 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 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 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.

A. Mi Origen Étnico es: (Vea la Página 8 la lista de Etnias y Códigos)	B1. ¿En qué idioma prefiere leer? B2. ¿En qué idioma prefiere hablar? (Por favor escoja uno de la lista de Idiomas y Códigos en la Página 8)
--	--

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>)

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).

Para Avisos de Acción: No se necesitan adaptaciones
 Documentos en letra de 18 puntos 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 en letra de 18 puntos 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:)
 Documentos en letra de 18 puntos 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 solicitado, incluyendo servicios solo para ciegos)

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 (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.**