

**SOLICITUD PARA UNA ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA PERROS DE ASISTENCIA (ADSA)  
PARA BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL SEGURO SOCIAL POR INCAPACIDAD/DISCAPACIDAD (SSDI)**

Department of Social Services - Office of Services to the Blind  
744 P Street, MS 8-16-94, Sacramento, CA 95814  
Teléfono: (916) 657-2628 / TTY (teletipo): (916) 651-6248

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre (Nombre, nombre de en medio, apellido)	Fecha de nacimiento
---	---------------------

Domicilio	Ciudad	Código postal
-----------	--------	---------------

Dirección para recibir el correo (si es diferente)	Teléfono en el hogar (    )	Teléfono para mensajes (    )
--	--------------------------------	----------------------------------

Usted está  Ciego/con problemas para oír  Ciego/con problemas de la vista  
 Otra incapacidad/discapacidad (especifique): \_\_\_\_\_

Personas que viven en el hogar (además de su esposo[a])	Número de Seguro Social	Número de la tarjeta (si hay alguna) del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal)
---	-------------------------	---

Estado civil actual:  soltero(a)  casado(a)  separado(a)  
 viudo(a)  divorciado(a)

¿Vive en California?  Sí  No

Usted tiene un: <input type="checkbox"/> perro guía <input type="checkbox"/> perro de señales <input type="checkbox"/> perro de servicios	Nombre del perro	Fecha en que lo obtuvo
--	------------------	------------------------

¿Qué persona o escuela entrenó al perro?

Código de área y número de teléfono de esa persona o escuela:

(    )

¿Qué servicio proporciona el perro?

## INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

- (1) ¿Son usted o su esposa(o) dueños de bienes raíces que no sean su casa?  Sí  No  
 (Si contesta "Sí", anote la información que se pide a continuación.)

Dirección	Ciudad	Código postal
-----------	--------	---------------

Valor de tasación oficial \$	Cantidad total que se debe en la hipoteca \$	Pago mensual \$
---------------------------------	---	--------------------

Impuestos anuales \$	Pago anual de seguro \$
-------------------------	----------------------------

¿Cómo se utiliza la propiedad?

Otros gastos de propiedad

- (2) ¿Son usted o su esposa(o) dueños de vehículos motorizados (automóviles, camionetas, botes, casas rodantes)?  Sí  No  
 (Si contesta "Sí", anote la información que se pide a continuación.)

Marca y Modelo	Año	Valor aproximado	Marque (✓) si se usa para		¿Modificado para personas incapacitadas/discapitadas?
			Trabajo	Transporte médico	

- (3) Anote a continuación el valor de sus recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo: (Indique si algún recurso es exclusivamente para los gastos de entierro de su familia inmediata.)

	(X) si no hay	Anote el valor en la columna del dueño(s)			(X) para entierro
		Usted	Esposa(o)	Ambos	
Dinero en efectivo a la mano y/o dinero guardado en casa		\$	\$	\$	
Cuenta de cheques		\$	\$	\$	
Cuenta de ahorros, unión de crédito, fondos en fideicomiso		\$	\$	\$	
Cheques o dinero en efectivo en una caja de seguridad		\$	\$	\$	
Acciones, bonos o fondos mutualistas, pagarés, hipotecas, escrituras		\$	\$	\$	
Cuenta individual de jubilación (IRA), títulos de inversión a plazo fijo (CD), cuenta bancaria de inversión en el mercado de valores		\$	\$	\$	
Otro (especifique)		\$	\$	\$	

## INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Anote los ingresos que se reciben cada mes:

	(X) si no hay	Anote la cantidad mensual que recibe:	
		Usted	Su esposa(o)
Ingresos ganados brutos (todas las fuentes)		\$	\$
Ingresos no ganados brutos		\$	\$
Seguro del Seguro Social por Incapacidad/ Discapacidad (SSDI) <b>(adjunte una copia de su notificación de beneficios de SSDI)</b>		\$	\$
Ingresos Suplementales de Seguridad/ Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)		\$	\$
Beneficios del Seguro Social por jubilación		\$	\$
Seguro del Estado contra Incapacidad/ Seguro contra Desempleo		\$	\$
Pensión/compensación para veteranos		\$	\$
Otra pensión o jubilación del gobierno		\$	\$
Pensión o jubilación privada		\$	\$
Pensión por separación o divorcio		\$	\$
Ingresos por alquiler		\$	\$
Intereses, dividendos, regalías		\$	\$
Compensación por Lesiones de Trabajo ( <i>Worker's Compensation</i> )		\$	\$
Otro (especifique)		\$	\$
<b>Total:</b>		<b>\$</b>	<b>\$</b>

---

---

Asegúrese de haber leído y entendido cada artículo, y de haber contestado todas las preguntas que sean pertinentes a usted. Antes de firmar, lea cuidadosamente lo siguiente.

Entiendo y estoy de acuerdo en que antes de que pasen 10 días, tengo que avisarle al Departamento de Servicios Sociales de California si hay un cambio en cualquiera de la información proporcionada en esta solicitud. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las otras responsabilidades que se explican en el formulario ADSA 3, el cual se me entregó con esta solicitud.

Entiendo y estoy de acuerdo en proporcionar, si me lo piden, información o documentos para probar que la información que he proporcionado aquí es verdadera y correcta. La ley requiere que el Estado mantenga esta información confidencial.

Entiendo que si no estoy satisfecho con cualquier acción que tome el Departamento de Servicios Sociales de California, tengo derecho a una audiencia con el Estado.

---

**Declaro bajo pena de perjurio, sujeto a enjuiciamiento como un crimen de perjurio de acuerdo al Código Penal, que la información que se proporciona en esta solicitud es verdadera y correcta.**

Firma del solicitante	Fecha
Firma del testigo (se requiere si el solicitante firmó con una marca)	Fecha
Firma de la persona que ayudó al solicitante a completar el formulario	Fecha

---

---