

SOLICITUD**PARA UNA ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA PERROS DE ASISTENCIA (ADSA)**

California Department of Social Services - ADSA Program

744 P Street, MS 8-16-94, Sacramento, CA 95814

Teléfono (916) 657-2628 / TTY (teletipo) (916) 653-7651

1. Número de Seguro Social: _____ Fecha: _____

2. Nombre: _____

3. Dirección para recibir correo: _____
_____4. Dirección donde reside, si es diferente a donde recibe correo: _____

5. Código de área y número de teléfono: (____) _____

6. Usted está recibiendo: IHSS (Servicios de Apoyo en el Hogar)
 SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado)
 CAPI (Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes)7. Incapacidad/Discapacidad y tipo de perro de servicios (marque uno):
 Ciego con perro guía Sordo con perro de señales Otro con perro de servicios

Si marcó "Otro con perro de servicios", proporcione una descripción breve de su incapacidad/discapacidad enseguida:

8. Nombre del perro: _____ Fecha en que lo obtuvo: _____

Edad: _____ Peso: _____ Raza: _____

9. ¿Qué persona o escuela entrenó al perro?

10. ¿Qué servicio(s) proporciona el perro? Sea específico acerca de la manera en que el servicio(s) se relaciona a su incapacidad/discapacidad.

_____**Vea la siguiente página**

Declaro bajo **pena de perjurio**, sujeto a enjuiciamiento por el crimen de perjurio bajo el Código Penal, que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo además que es posible que el Departamento de Servicios Sociales de California verifique la información proporcionada en esta solicitud, y por la presente doy consentimiento a esta verificación.

Firma del solicitante: _____

_____(_____)_____
Firma y número de teléfono de la persona que atestigua la firma del solicitante, si aplica.

La ley y ordenamientos que gobiernan este Programa son:
Secciones 12553 y 12554 del Código de Bienestar Público e Instituciones
Sección 46-430 del Manual de Prácticas y Procedimientos
del Departamento de Servicios Sociales de California

**PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR PAGOS
Y/O DIRECCIÓN PARA RECIBIR LOS CHEQUES:**

Si usted quiere recibir sus notificaciones en la dirección que aparece en el frente de este formulario pero quiere que sus cheques se envíen por correo a una dirección diferente, por favor anote esa dirección a continuación. Si quiere que su cheque se envíe por correo a su banco, asegúrese de anotar el número de su cuenta bancaria. **(Por favor tome en cuenta: Éste no es un depósito directo.)**

Persona autorizada para recibir pagos: _____
(Banco)

Número de cuenta: _____ Teléfono:(_____)_____

Dirección: _____

La ley estatal (Sección 12553 del Código de Bienestar Público e Instituciones) autoriza al Departamento de Servicios Sociales de California a obtener y mantener la información en este formulario para administrar el Programa de ADSA. Esta información solamente se usa para determinar la elegibilidad para el programa o para determinar si continúa la elegibilidad para el programa. No se anticipa que se requiera más información. La Sección 405 del Título 42 del Código de los Estados Unidos y las Secciones 12553 y 12554 del Código de Bienestar Público e Instituciones requieren que usted proporcione su número de Seguro Social.