

Al Solicitante:

Las siguientes preguntas de esta forma son opcionales. Si usted decide responder a estas preguntas, la información recolectada seguirá siendo confidencial y será revisada por el centro para asegurar que estamos cumpliendo con nuestro mandato de servir a personas con todo tipo de discapacidades, de todas las edades y de todos los grupos étnicos/raciales.

Discapacidad Específica	Primaria: <input type="text"/>	Secundaria: <input type="text"/>
1) Amputación	8) VIH/SIDA	15) Respiratorio/Corazón
2) Parálisis Cerebral	9) Discapacidad de Aprendizaje	16) Lesión de Médula Espinal
3) Dependencia Química	10) Salud Mental	17) Accidente Cerebrovascular
4) Diabetes	11) Retraso Mental	18) Traumatismo Craneoencefálico
5) Enfermedades Ambientales	12) Esclerosis Múltiple	19) Visual
6) Epilepsia	13) Distrofia Muscular	20) Otro
7) Sordo	14) Polio/ Siguiendo a Polio	21) Declinar

Especifique otro:

Cumpleaños: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>	Género: <input type="text"/>
----------------------------------	----------------------------	------------------------------

Etnicidad/Raza: <input type="text"/>

- | | |
|----------------------------------------|-----------------------|
| 1) Afro-Americano | 5) Latino |
| 2) Indio Americano/Alaska | 6) Asiático |
| 3) Hawaiano Nativo/Isleño del Pacífico | 7) Multicultural/Otro |
| 4) Caucásico | 8) Declinar |

Situación de Vivienda: <input type="text"/>

- | | |
|---------------------------------------------------|------------------|
| 1) Institución | 4) Independiente |
| 2) Viviendo con y dependiente de familia o amigos | 5) Otro |
| 3) Vivienda Asistida | 6) Declinar |

Estado Veterano: <input type="text"/>

¿El solicitante es un veterano?

Sí No

¿La discapacidad está relacionada al servicio?

Sí No

Origen de Referencia: <input type="text"/>

- | | | | | | |
|------------|------------|--------|---------------------|--------------|--------------|
| 1) Agencia | 4) Negocio | 7) DMH | 10) Empleador | 13) ICF/ SNF | 16) Yo |
| 2) BESB | 5) CAP | 8) DDS | 11) Familia/Amigo | 14) P&A | 17) Otro |
| 3) BRS | 6) CDHI | 9) DSS | 12) Hospital/Médico | 15) Escuela | 18) Declinar |

Si escogiste los números 1, 4, 10, 12, 13, 15, y 17, especifica:

Actualizaciones por correo electrónico: <input type="text"/>	Título 19: <input type="text"/>
--------------------------------------------------------------	---------------------------------

Los programas del centro han sido explicados. He sido informado de mis derechos y responsabilidades como participante de los programas del centro y he recibido información sobre el proyecto de asistencia al cliente (CAP). Me han informado que, participando en este programa, mi registro de participante puede ser ingresado en nuestra base de datos electrónica, así como puesto a disposición de la oficina de servicios de rehabilitación (ARS) para su auditoria financiera y programática del centro de Programas.

Firma del Solicitante

Fecha

Padre/Madre y/o Guardián