|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADSAlogo.jpg | | **Solicitud de Servicios para Ciudadanos de la Tercera Edad**  **Senior Citizens Services Application** | | | |
| Nos complace que usted desee participar en el Programa de Servicios para Ciudadanos de la Tercera Edad y tenga la esperanza de que seamos capaces de atenderlo.  Necesitamos lo siguiente para determinar si es elegible para recibir servicios gratuitos o servicios con descuento. Usted es elegible para solicitar:  1. Si tiene 60 años de edad y está desempleado o empleado no más de 20 horas a la semana 2. Si tiene 65 años de edad o más. | | | | | |
| **Paso 1** | APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE | | EDAD | SEXO  Masculino  Femenino  Otro | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) |
| DIRECCIÓN POSTAL (CALLE, DPTO.) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL | | | | TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA) |
| RAZA / ORIGEN ÉTNICO: VOLUNTARIO (POR FAVOR MARQUE UNA OPCIÓN)  Blanco  Negro / Afroamericano  Indio americano / Nativo de Alaska  Hispano / Latino  Latino / no Hispano  Asiático  Nativo de Hawai u otro Isleño del Pacífico  Dos o más razas: | | | | |
| SI TIENE 60 AÑOS, PERO AÚN NO CUMPLE 65 AÑOS, POR FAVOR RESPONDA LO SIGUIENTE  No empleado  Empleado:  20 horas por semana o menos  Más de 20 horas por semana | | | | |
|  | | | | | |
| **Paso 2** | NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR Y ACTIVOS DEL HOGAR (NO INCLUYA SU RESIDENCIA, AUTOMÓVIL O VALOR DE RESCATE EN EFECTIVO DE SEGURO DE VIDA)  MARQUE UNO SÍ NO | | | | |
| Una (1) persona $10,000  Dos (2) personas $15,000  Tres (3) personas $16,000  Cuatro (4) personas $17,000  Cinco (5) personas $18,000  TOTAL DE INGRESOS MENSUALES ES: $  Si el ingreso de su hogar es igual o menor al 40% del ingreso promedio estatal y usted marcó “sí” en los activos para el tamaño de su hogar, usted podría ser elegible para servicios a menos del costo. | | | | |
| PARA SER COMPLETADO POR UN CONSEJERO/PROVEEDOR  Usted tendrá que pagar % del costo de cada servicio. | | | | |
|  | | | | | |
| **Paso 3** | **Departamento de Declaración de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)**  La información que ha proporcionado se utiliza para determinar su elegibilidad en el proveedor de servicios bajo la Ley de Servicios parar Ciudadanos de la Tercera Edad. La información también se puede utilizar para elaborar las estadísticas y de otra forma asistir en la administración del programa. La información personal será tratada de manera estrictamente confidencial, de acuerdo con la ley del Estado de Washington. El Departamento de Servicios Sociales y de Salud puede comunicarse con usted en una fecha posterior para revisar su elegibilidad.  **Declaración de entendimiento del Solicitante**  He leído y entendido lo anterior y declaro que la información suministrada por mi es verdadera y está completa a mi leal saber. | | | | |
| FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA | | | FIRMA DEL SOLICITANTE | |
| **Solicitud del Asesor/Proveedor**  Esta solicitud ha sido revisada para constatar su exactitud. | | | | |
| REPRESENTANTE AUTORIZADO DE DSHS/PROVEEDOR FECHA | | | FIRMA DEL SOLICITANTE | |

|  |
| --- |
| Cuando solicita el Programa de Servicios para Ciudadanos de la Tercera Edad, usted tiene ciertos derechos que le corresponden que deben ser respetados. Usted también tiene ciertas responsabilidades que debe llevar a cabo con el fin de ser elegible para seguir recibiendo los servicios.  SUS DERECHOS - USTED TIENE EL DERECHO A:  1. Solicitar la asistencia o los servicios prestados por el Programa de Servicios para Ciudadanos de la Tercera Edad.  2. Recibir un trato cortés y justo, sin discriminación por motivos de raza, color, credo, sexo, orientación sexual, religión, creencias políticas, discapacidad, origen nacional, veterano de guerra o estado militar.  3. Recibir una pronta decisión sobre su solicitud (en un plazo de 10 días).  4. Esperar que la información que brindó no será compartida o utilizada para cualquier otro propósito que no esté relacionado a la administración del programa.  5. Solicitar una audiencia informativa de la Agencia Local para la Vejez. Si no está satisfecho con el resultado de la audiencia informal, puede solicitar al departamento que proporcione una audiencia administrativa según lo especificado en Capítulo 388-02 WAC.  SUS RESPONSABILIDADES - USTED ES RESPONSABLE DE:  1. Proporcionar la información correcta y completa en su solicitud y en todos los otros formularios relacionados con su elegibilidad.  2. Solicitar y utilizar cualquier servicio de otras fuentes para las cuales pueda ser elegible.  3. Informar a los proveedores de servicios sobre cualquier cambio de su nombre, dirección o sus circunstancias que puedan afectar su elegibilidad o el monto de los honorarios que paga por los servicios, tales como ingresos, recursos o composición familiar. |