

Consejo Estatal para Personas con Discapacidades (SCPD)  
**SOLICITUD DE AYUDA FINCACIERA POR LESIONES CEREBRALES**

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo *(si es diferente a la dirección)*: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre) quiero que \_\_\_\_\_ (Nombre del Representante) sea mi Representante solo para el propósito de solicitar y revisar el caso.  Sí  No

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre del Representante) soy el representante de \_\_\_\_\_ (Nombre del Solicitante) en la solicitud.  
 Sí  No Dirección del Correo Electrónico del Representante: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y FINANCIERA**

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

Raza / Etnia:  
 Nativo Americano/Nativo de Alaska  Negro/Afro Americano  Asiático  
 Nativo Hawaiano/Islas Pacíficas  Caucásico  Hispano/Latino  
 No-Hispano/Latino  Otro: \_\_\_\_\_

Fuente de Ingresos y Monto del Solicitante (Ej. salario, ingreso por desempleo o seguridad social): \_\_\_\_\_

Líquidos Totales del Solicitante (Ej. Ahorros; Acciones o Bonos; Dinero en Efectivo): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO**

[Incluyendo Medicare, Medicaid, y el Programa de Salud Infantil de Delaware (CHIP)]

Nombre del Titular	Nombre del Seguro	¿A Quién Cubre?	Número de Póliza

**ORIGEN DE LA REFERENCIA**

¿Cómo se enteró del programa?

**ELIGIBILIDAD**

Residente de Delaware: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Lesión Cerebral:	Diagnóstico y Fuente que Documenta la Lesión Cerebral enviar a <a href="mailto:SCPDBrainInjuryFund@delaware.gov">SCPDBrainInjuryFund@delaware.gov</a> :
---	---------------------------	--

**Servicios Deseados (marque todos los que apliquen):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modificaciones en el Hogar    | <input type="checkbox"/> Modificaciones Ambientales                        |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación del Conductor  | <input type="checkbox"/> Servicio de Adquisición y Apoyo de Perro de Ayuda |
| <input type="checkbox"/> Tecnología Asistida           | <input type="checkbox"/> Servicios de Ayudante                             |
| <input type="checkbox"/> Otros Servicios – Especificar |  |
| <input type="checkbox"/> Costo Estimado, si lo Conoce: |  |

**Disponibilidad de Servicios a través del Departamento de Delaware de Salud y Servicios Sociales (DHSS):**

- ¿Está actualmente en lista de espera para el programa de DHSS que incluya cobertura de servicio?  
 Sí  No
- ¿Está registrado en el programa DHSS pero se beneficiaría de algún tipo de servicio que no ofrece este programa?  Sí  No
- ¿Se le ha informado que no cumple con los estándares de elegibilidad técnica para participar del programa de DHSS que incluya cobertura de servicios causándole dificultades individuales o familiares?  Sí  No, Si responde Sí, ¿cuál es la razón?
- ¿Ha presentado una solicitud para el programa de DHSS? Si es así, ¿Está esperando respuesta del Departamento?  Sí  No
- ¿Tiene un encargado de caso en el DHSS?  Sí  No Si es así, ¿Quién es?  
¿Cuál es su información de contacto?
- ¿Ha buscado otros trabajos, recursos comunitarios, iglesias o caridades que podrían financiarle los servicios deseados?  Sí  No, Si es así, ¿Quiénes son?, ¿Qué le respondieron?

**RECONOCIMIENTO Y FIRMA**

*Comprendo que el Fondo de Lesión Cerebral es un programa piloto limitado, que sus servicios están sujetos a modestos fondos del presupuesto Estatal, y que recibiré una decisión escrita del SCPD en respuesta a la solicitud. Comprendo y estoy de acuerdo parcial o completamente con que la aprobación de esta solicitud no obliga al Estado o sus agentes a proveer servicios de tipo, frecuencia y duración fuera de lo descrito en la decisión. Ya que el Consejo Estatal debe preparar un reporte acerca del impacto de los servicios provistos bajo este programa piloto, estoy de acuerdo con participar en entrevistas para discutir los beneficios de tales servicios. Finalmente, comprendo que el SCPD podría necesitar consultar a otras agencias públicas o privadas y potenciales proveedores de servicios para procesar y completar esta solicitud. Estoy de acuerdo con que la información y registros podrán ser intercambiados libremente entre el SCPD y otras agencias y proveedores sin necesidad de autorizaciones adicionales.*

**CONVENIO:** Al firmar este Formulario de Reconocimiento con Firma Electrónica, **acepto que mi firma electrónica es la equivalente legal de una firma hecha a mano.** Cuando ejecuto una firma electrónica tiene la misma validez y sentido que mi firma hecha a mano. En el futuro, no desconoceré el sentido de mi firma electrónica o reclamaré que ésta no representa un vínculo legal. Comprendo que marcar esta caja constituye una firma legal, confirmando que reconozco y garantizo la veracidad de la información provista en este documento.

Firma del Solicitante:	Fecha:
Firma del Representante:	Fecha:

**Luego de completar todos los campos requeridos, firmar electrónicamente y adjuntar toda la información necesaria para esta solicitud, por favor seleccione el botón de “ENVIAR” para enviar este documento al SCPD. Las solicitudes son aceptadas electrónicamente (preferiblemente), en persona en la Oficina del SCPD, por correo físico, o por correo electrónico al: [SCPDBrainInjuryFund@delaware.gov](mailto:SCPDBrainInjuryFund@delaware.gov). La información de Contacto del SCPD es: *State Council for Persons with Disabilities, Margaret O’Neill Building, Third Floor, Suite 1, 410 Federal Street, Dover, DE 19901. Teléfono: (302) 739-3620, Email: [SCPDGeneralMailbox@delaware.gov](mailto:SCPDGeneralMailbox@delaware.gov)***