

Solicitud para Programa de Niños con Discapacidades

Nombre de solicitante		Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social	
Nombre del padre/tutor			Dirección de correo electrónico		
Dirección			Dirección postal (si es otra)		
Ciudad	Estado		Código postal		Condado
Número de hogar		Número de celular		Número de trabajo	
Escuela/Grado			Doctor de atención primaria		
Seguro de salud			Doctor especialista		
¿Recibe beneficios de SSI en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Diagnóstico elegible para SSI		

Miembros del hogar (Por favor en letra imprenta)	Relación con el menor
(Por favor use una hoja adicional, si es necesario)	

Por favor describa las limitaciones relacionadas con la discapacidad de su hijo:

Firma del padre/tutor	Fecha de firma
-----------------------	----------------