



**Formulario de solicitud de apoyo para adultos**

**Apoyo puede ser solicitado para:** adultos en los condados de Boulder y Broomfield quienes cumplen la definición en Colorado de tener una discapacidad intelectual o del desarrollo (C.R.S 25.5-10-202) como ha sido determinado por la junta del centro comunitario o CCB. Si alguna persona no cumple ya con la definición, el apoyo se limita a ayudarles a tener acceso a la determinación de elegibilidad con el CCB y/o referencias a otros posibles recursos en la comunidad.

¿Usted o la persona que está refiriendo tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo?

Sí  No  No estoy seguro(a)

**Solicita apoyo para:**

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

¿Está recibiendo servicios con Imagine? Sí  No

Si es así, ¿Quién es su manejador de caso en Imagine?

¿Cómo se enteró del ACL?

**Por favor díganos sobre su problema, la situación o preocupación porque usted está solicitando apoyo:**

**Información Demográfica:** El ACL no cobra por sus servicios, así que, a fin de mantener nuestras puertas abiertas, aplicamos para becas de fondos de varias fuentes. Estos proveedores de fondos requieren que reportemos datos de demografía (tales como la etnicidad, el código de área, la fecha de nacimiento, etc.) de los grupos de personas a las que servimos. Sin estos fondos, el ACL no podrá brindar el nivel actual de la tan necesitada defensoría, el apoyo y el entrenamiento. Comprendemos que la información que estamos pidiendo es muy confidencial, y le aseguramos que no compartimos ninguna información específica sobre usted o ningún miembro de su familia. Toda la información específica sobre usted o ningún miembro de su familia. Toda la información se usa para el planeamiento y la evaluación de programas, y la información que se reporta a los proveedores de fondos se separa de cualquier información que identifique al individuo, luego se añade a un total para mostrar el impacto del trabajo que realizamos. Esta información no afectará ningún servicio que usted recibe. Gracias por su ayuda en nuestros esfuerzos para continuar proporcionando defensa, apoyo, y educación sin ningún costo.

Sexo:

Número de personas en hogar:

Ingreso:

_____	_____	_____	_____
Sueldo	SSI/SSDI Ingresos	AND	Manutención infantil Recibida
_____	_____	_____	_____
Estampillas de comida	TANF	Otros Ingresos	

Origen Étnico:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico        | <input type="checkbox"/> Afroamericano                          | <input type="checkbox"/> Raza Mixta/otro |
| <input type="checkbox"/> Asiático         | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo Alaska       |  |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Otro Isleño Pacífico |  |

**Si usted está haciendo la referencia para otra persona por favor llene lo siguiente:**

Su Nombre:

Número de teléfono:

Dirección:

Correo electrónico:

**Relación a la persona quien está refiriendo:**

- |                                   |  |                                |   |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí mismo | <input type="checkbox"/> Guardián        | <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Proveedor pagado |
| <input type="checkbox"/> Padre    | <input type="checkbox"/> Miembro de la f | <input type="checkbox"/> Otro  |   |
| <input type="checkbox"/> familia  | Manejador del caso                       |                                |   |