



Pedido de Ayudante en La Vivienda y Pedido para Cambiar de Ayudante en la Vivienda

Si este es un pedido nuevo de ayudante en la vivienda, complete todo este formulario, sección I y II.

Si usted ya fue aprobado para un ayudante en la vivienda y está notificando a la Autoridad de Viviendas que esta agregando a un nuevo ayudante en la vivienda a su composición de familia, complete la sección II solamente.

Sección I

1. Para qué miembro de la familia que tiene el comprobante está solicitando un ayudante en la vivienda: _____

Quien es la Persona principal de la familia que tiene el Comprobante: _____

La Autoridad de Viviendas del Condado de Santa Cruz puede aprobar un pedido de ayudante en la vivienda para satisfacer las necesidades razonables de una persona con incapacidades. Para poder considerar su pedido usted debe proveer la siguiente información:

2. El médico del miembro de la familia, u otro profesional de asistencia médica o trabajador social con el conocimiento médico o profesional de la incapacidad serán contactados para verificar la necesidad de un ayudante de vivienda. Por favor dé el nombre del profesional calificado que puede verificar la incapacidad y la necesidad del pedido.

→ **Si la información del contacto que incluya es incompleta o incorrecta, esta forma se le devolverá a usted para completar o corregir, y esto retrasará el procesamiento de su solicitud.**

Nombre: _____ Hospital, clínica u Oficina: _____

Dirección postal completa: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____

La Autoridad de Viviendas quizá se comunique directamente con su proveedor de asistencia médica o trabajador Social para verificar la necesidad de un ayudante en la vivienda.

Autorización para proveer información: Autorizo al proveedor de asistencia médica o trabajador Social arriba mencionado a darle a la Autoridad de Viviendas del Condado de Santa Cruz cualquier información relevante con respecto a la necesidad provocada por mi incapacidad. Comprendo que la información que obtenga la autoridad de Viviendas será guardada en forma confidencial y será usada sólo para determinar si la ayuda debería ser dada.

Usted será notificado por la Autoridad de Viviendas de la aprobación, la negación, o la posición de este pedido dentro de treinta (30) días del recibo de este pedido.

Firma de la persona que pide un ayudante

Fecha

Sección II

3. Nombre del propuesto ayudante en la vivienda: _____ N° de SS: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección actual: _____ Teléfono: _____

¿Está el ayudante relacionado o es pariente de cualquier miembro de la familia? Si es así, describa: _____

4. Miembros de la familia del ayudante, si los hay, que vivirán en su vivienda con usted y con el ayudante:

| Nombre | Relación | Edad | N° de SS |
|--------|----------|------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

No se tomara acción hasta que este formulario sea devuelto completo a la Autoridad de Viviendas del Condado de Santa Cruz, 2160 41st Avenue, Capitola, CA 95010. Si tiene alguna pregunta sobre esta carta, no deje de comunicarse con nosotros llamando al (831) 454-5955, de lunes a jueves, de 8:00 AM – 4:45 PM.