



ASISTENCIA GENERAL SOLICITANTES Y CLIENTES ACTUALES:

¿Necesita ayuda para completar el proceso de solicitud o de redeterminación?

- SI, necesito ayuda. SI, creo que tengo una incapacidad.
 NO, necesito ayuda. NO, creo tener una incapacidad.

Por favor complete la siguiente información y marque la caja o cajas apropiadas a lado del área o áreas en las que usted tenga dificultad.

Nombre: _____ Fecha: _____
 Numero de Seguro Social: ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Numero de teléfono: (____) _____

Por favor díganos el tipo de ayuda que Usted pueda necesitar:

- Entender o llenar formas Hablar con otros Ver
 Caminar Estar Sentado Estar Parado Hablar Oír
 Otro (explique): _____

- Marque aquí si Usted no esta seguro del tipo de ayuda que pueda necesitar y una persona que trabaje aquí repasara esta forma con Usted.
 Marque aquí si Usted no necesita ayuda y firme abajo.

Nota:
 El condado de Alameda quizás necesite verificar su incapacidad para poderle proporcionar un acomodo razonable.

Reconozco y entiendo la información que se me ha dado por la agencia de servicios social sobre acomodo especial.

 Firma del Cliente

 Fecha

COUNTY USE ONLY

Applicants and recipients who need assistance in completing forms, or are unable to complete the General Assistance application process, due to some form of a disability must be accommodated according to their need.

- Client declined special accommodation

Workers:

Use the **Collect Case Special Indicators screen**, located in the CalWIN Intake & Case Maintenance, Data Collection section, to enter all applicable accommodations and complete case comments.

- CalWIN entries completed