

## FORMULARIO DE PEDIDO DE EXONERACION POR DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (ABI)

### 1. Datos Personales

Nombre \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Número Calle Número de Apt.

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

Teléfono ( ) Edad Fecha de Nacimiento / /  
(mes) día (año)

Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)

#### Persona de contacto si es otra que usted mismo(a):

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Número Calle Número de Apt.

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

Parentesco (marque todos los que apliquen)  Protector de Persona  Curador de Propiedad  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

### 2. Información de ABI

¿Tiene usted un daño cerebral adquirido?  Sí  No

Si sí, por favor indica fecha de comienzo de herida / / y diagnóstico \_\_\_\_\_

### 3. Libertad de Escoger - Favor de leer lo siguiente y marque el encasillado que indica su escogido

- Si es posible, yo preferiría vivir en la comunidad que en una clínica de reposo u otra institución.  
 Yo preferiría vivir en una clínica de reposo u otro lugar similar.

### 4. Medicaid (Título 19) e Información de Medicare

Favor de marcar las cajas que le apliquen:

- Yo recibo beneficios de Medicare (entre número de reclamación) \_\_\_\_\_  
 Yo recibo beneficios de Medicaid/Título 19 (entre número de caso) \_\_\_\_\_  
 Yo tengo un Medicaid "Spendedown" (entre número de caso, si lo sabe) \_\_\_\_\_  
 Yo he solicitado para beneficios de Medicaid pero no he recibido una decisión  
 Yo no he solicitado para beneficios de Medicaid

## 5. Datos Financieros

Mi ingreso mensual total (por ejemplo, Seguro Social, SSI, beneficios de incapacidad, beneficios de pensión, Compensación de Trabajador, ingresos de empleo, ingresos de contribución o dividendos etc.) es:

<u>Cantidad</u>	<u>Fuente</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mis bienes totales (por ejemplo, dinero en efectivo, cuentas de banco, IRAs, seguro de vida, anualidades, títulos, bonos, vehículos motorizados, propiedad, etc.) son:

<u>Cantidad</u>	<u>Fuente</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Curador u Otro Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde o Estampado del  
Curador u Otro Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Devuelva Este Formulario A:

**Department of Social Services  
25 Sigourney Street  
Hartford, CT 06106-5033  
Attention: Social Work Services  
10th Floor**