



# FORMULARIO REMISIÓN DAP

## CASO

Co.	Núm. registro	Cat.	Dist
-----	---------------	------	------

NOMBRE DEL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN			NÚMERO TELEFÓNICO

Recientemente solicitó Asistencia de Efectivo (CA) y/o Asistencia Médica (MA) e indicó que tiene una discapacidad. Como condición de elegibilidad para los beneficios de CA y de MA, debe solicitar beneficios federales por discapacidad (SSI/SSDI) a través de la Administración del Seguro Social (SSA).

A continuación, este formulario contiene una declaración que indica su intención de cooperar tanto con la oficina de asistencia del condado (CAO) como con la SSA en la búsqueda de beneficios SSI/SSDI. Al firmar y devolver este convenio a la CAO, no tiene que presentar una solicitud ante la SSA antes de que la CAO autorice sus beneficios de CA o de MA.

Si no desea firmar este formulario, debe verificar que ha solicitado los beneficios de SSI/SSDI para que la CAO apruebe o continúe sus beneficios de CA o de MA. Puede presentar una solicitud de beneficios SSI/SSDI al comunicarse con la SSA al 1-800-772-1213, o al solicitar en línea en [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

Si ya solicitó beneficios de SSI/SSDI, llene la siguiente sección:

HISTORIAL DE SOLICITUD DE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD	INGRESO SUPLEMENTARIO DE SEGURIDAD SOCIAL (SSI)	SEGURO POR DISCAPACIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SSDI)
¿USTED SOLICITÓ ESTE BENEFICIO? ▶	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí – FECHA ▶	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí – FECHA ▶
ESTADO DE SOLICITUD, SI APLICA EN SU CASO: ▶	<input type="checkbox"/> DENEGADA – FECHA: _____ <input type="checkbox"/> APROBADA – FECHA: _____ <input type="checkbox"/> PENDIENTE – FECHA/HORA DE ENTREVISTA: _____ <input type="checkbox"/> NO SABE	<input type="checkbox"/> DENEGADA – FECHA: _____ <input type="checkbox"/> APROBADA – FECHA: _____ <input type="checkbox"/> PENDIENTE – FECHA/HORA DE ENTREVISTA: _____ <input type="checkbox"/> NO SABE
¿LOS RECIBÍA ANTES, PERO SE TERMINARON? ▶	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí – FECHA ▶	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí – FECHA ▶
SI SE DENEGARON LOS BENEFICIOS ¿PRESENTÓ UNA APELACIÓN? ▶	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí – FECHA ▶	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí – FECHA ▶
ESTADO DE APELACIÓN, EN SU CASO: ▶	<input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> DENEGADA – FECHA: _____	<input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> DENEGADA – FECHA: _____

ACEPTACIÓN DEL CLIENTE - Acepto cooperar con la Oficina de Asistencia del Condado y la Administración del Seguro Social en la búsqueda de beneficios federales SSI/SSDI. Entiendo que mi cooperación significa que solicitaré los beneficios de SSI/SSDI y presentaré una apelación si la SSA deniega mi solicitud inicial.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha