

Título IIB Asistencia Legal – Formulario de Admisión de Clientes

Año Fiscal 2026-2027

CONFIDENCIAL



COUNTY of VENTURA
Human Services Agency
Area Agency on Aging

UBICACIÓN DEL PROVEEDOR: _____

PARA RECIBIR SERVICIOS LEGALES: La persona debe tener 60 años o más.

*El ID único de participante debe comenzar con PSA18

Fecha:		Teléfono:		Fecha de Nacimiento: <i>(Obligatorio)</i>	
Nombre: <i>(Opcional)</i>				*ID Único del Participante:	
Dirección:			Ciudad:		Código Postal:
Correo Electrónico:			Rural: (91307, 93066, 93040)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado	
Idioma Preferido:			Personal que completa la admisión:		
RAZA/ETNIA – Por favor, marque todo lo que aplica (X):					
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino					
<input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guames <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos					
<input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de Africa <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra raza/etnia <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Vietnamita					
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado					
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado				
Cliente Vive:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado				
Nivel de ingresos (aproximado):					
SI ESTA CASADO:			SI ES SOLTERO:		
<input type="checkbox"/> En o por debajo del Nivel de Pobreza Federal (\$21,640/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del Nivel de Pobreza Federal (\$21,641/año o más) <input type="checkbox"/> Declinar a declarar			<input type="checkbox"/> En o por debajo del Nivel de Pobreza Federal (\$15,960/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del Nivel de Pobreza Federal (\$15,961/año o más) <input type="checkbox"/> Declinar a declarar		
¿Cuál fue tu Sexo al Nacer?	¿Cuál es tu Género?		¿Cómo Describirías tu Orientación o Identidad Sexual?		
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Queer o de genero no binario <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/> No está en la lista, especifique: _____		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana, atracción al mismo sexo <input type="checkbox"/> Cuestionándose/en duda <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/> No está en la lista, especifique: _____		
ESTADO DE VETERANO:					
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses.			<input type="checkbox"/> ¿Ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> ¿Es usted cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que presta o ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado		
Comunícate con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos al www.calvet.ca.gov o al 1-800-952-5626.					

Información del Caso:		Tipo de Caso - marque todo lo que corresponda:	
	Renta:		<input type="checkbox"/>
	Atención Médica:		<input type="checkbox"/>
	Cuidado a largo plazo:		<input type="checkbox"/>
	Nutrición:		<input type="checkbox"/>
	Vivienda:		<input type="checkbox"/>
	Utilidades:		<input type="checkbox"/>
	Abuso/Negligencia:		<input type="checkbox"/>
	Servicios de Protección:		<input type="checkbox"/>
	Discriminación por Edad:		<input type="checkbox"/>
	Otros/Varios:		<input type="checkbox"/>
	Horas (Unidades):		
Certifico que todas las afirmaciones en este formulario son verdaderas y correctas			
Firma del Solicitante: _____			
NO ESCRIBIR EN ESTE RECUADRO – SOLO PARA USO OFICIAL			
Número de Identificación Único del Caso:		Nivel de Servicio	
Fecha de Apertura del Caso:		<input type="checkbox"/> Asesoramiento	
Fecha de Cierre del Caso:		<input type="checkbox"/> Representación Limitada	
		<input type="checkbox"/> Representación	

FORM REV.06/2026MM

**Agencia de Servicios Humanos del Condado de Ventura,
Agencia sobre el Envejecimiento del Área del Condado de Ventura**