

Sección 1 Información del miembro

Nombre del miembro			
Dirección del miembro	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 2 ¿Qué tipo de ayuda necesita?

(Marque todas las opciones que correspondan).

Rampa(s) Barra(s) de seguridad Manija(s) de puertas y armarios Eliminación de plagas

Limpieza profunda Persianas o cortinas hipoalergénicas

Sección 3 Información del proveedor del servicio

Nombre del proveedor del servicio	
Describa el plan de trabajo (por ejemplo: Instalar 2 barras de seguridad [de 2 pies cada una] a cada lado del retrete):	
Costo estimado (denos su cálculo para cada servicio):	
Servicio	Costo estimado
Rampa(s)	
Barra(s) de seguridad	
Manija(s) de puertas y armarios	
Eliminación de plagas	
Limpieza profunda	
Persianas o cortinas hipoalergénicas	
Plazo ¿Cuánto demora el trabajo?: _____	
Aceptación del proveedor del servicio <input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, usted acepta completar los servicios tal como se describieron arriba.	
Firma X	
Fecha	

* Complete las siguientes secciones si usted es inquilino. Si es propietario, ignórelas.

Sección 4 Aprobación del administrador de la propiedad/propietario (si hace falta)

Con su firma a continuación, usted aprueba que se realice en su propiedad el trabajo que se describió arriba. Nota: El programa no cubre los costos de revertir ninguna de estas modificaciones si el miembro se muda.
Nombre del administrador de la propiedad/propietario
Firma X
Fecha

Sección 5 Aceptación del miembro

<input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, usted acepta que se realicen las modificaciones que se describieron arriba. Nota: El programa no cubre los costos de revertir ninguna de estas modificaciones.
Firma X
Fecha

Sección 6 Información del proveedor de servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

Nombre de la organización
Persona de contacto
Correo electrónico
Aceptación del proveedor de servicios de HRSN: <input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, usted acepta las modificaciones que solicitó el miembro. Acepta, además, confirmar que el proveedor del servicio haya completado el trabajo mencionado en este formulario. Nota: El programa no cubre los costos de revertir ninguna de estas modificaciones.
Firma X
Fecha

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede solicitar los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al 1-888-788-9821 o TTY 711. Aceptamos llamadas de retransmisión.