



South Central Los Angeles
Regional Center
for persons with developmental disabilities, inc.

SOUTH CENTRAL LOS ANGELES REGIONAL CENTER FOR DEVELOPMENTALLY DISABLED PERSONS, INC.

APLICACIÓN PARA ASESORAMIENTO (EDAD 3 EN ADELANTE) - ESPAÑOL

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Si ha cambiado el nombre, por favor lista del nombre anterior a continuación:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Origen étnico: _____ Género: Masculino Femenino Idioma preferido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ # de Seguro Social: _____ Casada(o): Si No

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR:

Relacion: Propio/independiente Padres Guardian Legal Padres Adoptivos (s) RCF

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apt/Unit: _____

Ciudad: _____ ST: CA Código Postal _____ Teléfono: _____

e-Correo: _____ Idioma preferido: _____ #Móvil: _____

INFORMACIÓN DE DCFS:

Nombre del Trabajador: _____ Número del Trabajador: _____ Teléfono: _____

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____ e-Correo: _____

INFORMACIÓN LEGAL:

Nombre del Abogado Defensor Publico: _____ Teléfono: _____

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____ e-Correo: _____

INFORMACIÓN EDUCATIVA:

Programa Diurno/Escuela: _____ Teléfono: _____

Supervisor/Maestro/Consejero: _____ Teléfono: _____

RAZÓN PARA LA APLICACIÓN:

¿Ha recibido el/la solicitante evaluación o servicios previamente? No (si "Sí," Nota a continuación)

De SCLARC Otro Centro Regional: Nombre del Centro Regional _____ UCI#: _____

Por: REACH FRC Nombre del referente: _____ Telefono: _____

Por favor describa abajo por qué el solicitante está solicitando servicios del Centro Regional:

ARCHIVOS adjuntos: (Comprobar los documentos incluidos con esta aplicación)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> IEP | <input type="checkbox"/> REGISTROS MÉDICOS |
| <input type="checkbox"/> PSICO-EDUCATIVO | <input type="checkbox"/> INFORME NEUROLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> TARJETA DE INFORME | <input type="checkbox"/> OTROS: |
| <input type="checkbox"/> REMISIÓN MÉDICA | |

FIRMA: Al firmar abajo, yo certifico que toda la información es verdadera y correcta lo mejor de mi conocimiento.

Nombre en imprenta

Firma

Fecha