



W-1130S  
(Rev 7/16)

ESTADO DE CONNECTICUT  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN DE LESIÓN CEREBRAL ADQUIRIDA (LCA)**

**1. Información personal**

Nombre \_\_\_\_\_ N° Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ N° de Apartamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(mes) (día) (año)

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

**Persona de contacto aparte de usted:**

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

Dirección \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ N° de Apartamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Relación (marque todo lo que aplique)  Conservador de Persona  Conservador de Patrimonio  
 Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_

**2. Información de LCA**

¿Tiene usted una Lesión Cerebral Adquirida?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor indique la fecha de la lesión \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y el diagnóstico \_\_\_\_\_

**3. Libertad de elección** – Por favor lea lo siguiente y marque la casilla que indica su elección.

- Si es posible, prefiero vivir en la comunidad en lugar de un hogar de convalecencia u otro entorno institucional.  
 Yo prefiero vivir en un hogar de convalecencia u otro entorno similar

**4. Información de Medicaid (Título 19) y Medicare**

Por favor marque las casillas que aplican a usted:

- Yo estoy recibiendo beneficios de Medicare (indique el número de reclamo) \_\_\_\_\_  
 Yo estoy recibiendo beneficios de Medicaid/Título 19 (indique número de caso) \_\_\_\_\_  
 Yo tengo gastos médicos (“Spenddown”) de Medicaid (número de caso, si se sabe) \_\_\_\_\_
- Yo he solicitado beneficios de Medicaid, pero no he recibido una decisión  
 No he solicitado beneficios de Medicaid

## 5. Datos financieros

Mi ingreso mensual total (p.ej., Seguro Social, SSI, beneficios por discapacidad, beneficios de pensión, Compensación de Trabajador, sueldos, contribuciones, ingreso de intereses o dividendos, etc.) es:

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

Mis activos totales (p.ej., efectivo, cuentas bancarias, IRA, seguro de vida, anualidades, acciones, bonos, vehículos, propiedades, etc.)

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

\_\_\_\_\_  
Firma de solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Conservador u otro Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde - Conservador u Otro Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe este formulario a:**

**Department of Social Services  
55 Farmington Avenue  
Hartford, CT 06105-3730**

**Attention: Community Options Unit  
9<sup>th</sup> Floor**

Personas sordas o con impedimento auditivo que tengan un dispositivo TDD/TTY pueden contactar al DSS al 1-800-842-4524. Personas ciegas o con impedimento visual pueden contactar al DSS al 1-860-424-5040.