



A.S.S.I.S.T. Formulario de Referencia

A.S.S.I.S.T. Referral Form

Fecha (date): _____

Por favor conteste a **todas** estas preguntas. Si no sabe la respuesta pregunte a su cliente. Please answer **all** of these questions. If you do not know the answer please ask your client.

Nombre de la agencia de referencia: _____

Name of referring agent/agency

Email de contacto: _____ **Teléfono de contacto:** _____

Contact email

Contact phone

¿ROI Provisto? Sí No **¿Está en curso la reclamación?** Sí No **Cita inicial**

ROI Provided? Yes/No

Claim in progress? Yes/No

Initial app.

¿Apelación necesaria? Sí No (60 días desde la última fecha de denegación) **Reconsideración**

Appeal Necessary? Yes/No (60 days from last denial date)

Reconsideration

Fecha de la última denegación: _____

Date of last denial

Vista

Hearing

¿Hay un abogado implicado? Sí No

Is there an attorney involved? Yes/No

Nombre de abogado: _____

Name of attorney

Nombre (First name): _____ **Apellido** (Last name): _____

Dirección (Address): _____ **Código postal** (Zip): _____

Si no tiene hogar, indique "sin techo" pero **proporcione un código postal** de dónde se alojan. *If homeless, please indicate "homeless" but provide a zip code of where they stay.*

Refugio (*Shelter*) Vivienda Subsidada (*Subsidized Housing*) Vivienda de transición (*Transitional Housing*)

Vivir con amigos (*Living with friends/couch-surfing*) Vivienda permanente (*Permanent Housing*)

Cumpleaños (Date of Birth): _____ (mm/dd/yyyy) **Num. de SS** (SSN): ____-____-____

Género: Hembra (Female) Varón (Male) Transgénero (Transgender)

Número de teléfono del cliente (Client's phone): _____

Apellido de soltera de la madre (Mother's maiden name): _____

Nombre del padre (Father's name): _____ **¿Veterano?** Veteran? Y/N Sí No

Lugar de Nacimiento del cliente (Ciudad, Estado, País): _____

Client's place of birth (City & State)

Raza (Race): _____

¿El cliente tiene el seguro medico? Does client have any insurance?: Nada (None), OHP/Medicaid, Medicare, Insurer name: _____

¿Es crónicamente sin hogar el cliente? Is the client chronically homeless? Yes/No (En los últimos 12 meses o 4 veces en

los últimos 3 años. *In the last 12 mths. or 4 times in last 3 yrs.* Sí No

¿Es el cliente la cabeza de familia? Is the Client Head of Household? Yes/No Sí No

¿Nivel de educación completado? What grade completed? _____

¿El cliente tiene algún ingreso? Does client have any income? Trabajo a tiempo parcial, Beneficios del VA, TANF, Compensación de Trabajadores, Desempleo, Otros
P/T work, VA benefits, TANF, Workers' Comp., Unemployment, Other

¿Aproximadamente cuántos ingresos por mes? Approximately how much per month? _____

¿Tiene alguna propiedad o posesiones que podrían ser convertidos en dinero en efectivo? Si la respuesta es sí, brevemente, qué? Do you have any property or possessions that could be converted into cash? If yes, briefly, what? _____

4412 S. Barbur Blvd., Suite 240 Portland, OR 97239 T: 503-888-2690 F: 503-477-4177

Email: Mcalvin@AssistDBTC.com

Sitio de web: www.ProgramAssist.org

Breve historia de empleo (Brief employment history): _____

¿Cuánto tiempo desde la última vez que están empleados a tiempo completo? How long since last employed full-time? _____

Síntomas (Disabling symptoms): _____

Diagnósticos establecidos (Established diagnoses): _____

¿Cuánto tiempo han estado incapacitando las condiciones severas del cliente? Roughly how long have the client's severe conditions been disabling? _____

Historia del tratamiento (Treatment history):

¿Hospitalizaciones psiquiátricas? (fechas aproximadas): _____
Psychiatric Hospitalizations? (appx dates)

¿Tratamiento psiquiátrico en curso? ¿Dónde? _____
On-going psychiatric treatment? Where?

¿Hospitalizaciones médicas? (fechas aproximadas): _____
Medical Hospitalizations? (appx dates)

¿Tratamiento médico en curso? ¿Dónde? _____
On-going psychiatric treatment? Where?

Nombre de proveedor de atención primaria: _____
Primary care provider's name?

¿Cuánto tiempo con este proveedor? _____
How much time with this provider?

Otros Proveedores? _____
Other providers?

Medicamentos primarios: _____
Primary medications

Abuso de sustancias (Substance Abuse) * Sí No Droga (Drug of choice): _____

Nivel de uso (Level of use): Leve (Mild) Moderado (Moderate) Severa (Heavy)

Sobrio (Sober)? Yes/No Sí No ¿Cuanto tiempo? How Long? _____

¿Ha pasado el cliente por un programa de tratamiento? Sí No Terminar? _____
Is/was client involved in a treatment program? Yes/No Completed?

¿Algún antecedente penal? * Any criminal record? _____

*Esto por sí solo no descalificará el cliente (*This alone will not disqualify our help*).

Describe brevemente en su opinión por qué cree que este cliente no puede trabajar. Por favor, sea específico. Briefly describe in your opinion why you think this client is unable to work. Please be specific.

POR FAVOR ENVÍE SU FORMULARIO COMPLETO POR FAX A (503) 477-4177

Presentar una reclamación por discapacidad del Seguro Social es un derecho estadounidense. Si su cliente cree que está discapacitado y A.S.S.I.S.T. opta por no representar a esta persona, es muy importante hacerle saber que debe ponerse en contacto con la Administración del Seguro Social para iniciar el proceso de reclamaciones por su cuenta. El número de teléfono de la Administración de Seguridad Social es **1-800-772-1213**.

Para consultas gratuitas de casos, llame a ASSIST al 503-888-2690.

Please Note: Filing a Social Security disability claim is an American right. If your client believes they are disabled and A.S.S.I.S.T. opts not to represent this person, it is very important to let them know they should contact the Social Security Administration to start the claims process on their own.

Social Security Administration's telephone number is **1-800-772-1213**.

4412 S. Barbur Blvd., Suite 240 Portland, OR 97239 T: 503-888-2690 F: 503-477-4177

Email: Mcalvin@AssistDBTC.com

Sitio de web: www.ProgramAssist.org