

## SOLICITUD DEL FONDO DE ACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)

Complete y envíe su solicitud al facilitador al final de la orientación de hoy. Tenga en cuenta que las solicitudes incompletas retrasarán el proceso de revisión.

Participante nuevo       Participante que regresa

Nombre: \_\_\_\_\_

Últimos 4 números del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de identificación del proveedor: \_\_\_\_\_  
(Si aplica)

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿En qué Área de servicio vive? \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

**¿Cómo se identifica? Seleccione una opción que se aplique a usted:**

Cliente/Consumidor       Cuidador       Miembro de la familia (relación con el cliente): \_\_\_\_\_

**Además, ¿es usted un:**       W.O.W. (trabajador de extensión de bienestar)?       Extensor de servicios

¿Tiene una insignia de voluntario (verde)?  Sí       No

Si su respuesta es Sí, indique el número de insignia \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

**Reconozco que he leído, entiendo y acepto las disposiciones del Protocolo de incorporación de participantes del CAF y verifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Solicitante – Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para ser completado por la División de Administración y Supervisión de MHSA**

\_\_\_\_\_  
Aprobador del DMH – Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Aprobador del DMH – Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe su solicitud y cualquier pregunta a [CAF@dmh.lacounty.gov](mailto:CAF@dmh.lacounty.gov)