



Instrucciones

¿En qué consiste el formulario de referencia inversa?

El formulario de referencia inversa brinda información a la oficina de asistencia del condado (county assistance office, CAO) local para ayudarla a determinar si usted puede recibir los servicios de un programa.

¿Cuándo usaría el formulario de referencia inversa?

El formulario de referencia inversa se completa si usted actualmente no está recibiendo los servicios de un programa, pero está interesado en recibirlos.

¿Cómo completo el formulario de referencia inversa?

Complete toda la información que conozca. Si existe información que no sepa, coloque "desconocida" en el casillero. Complete únicamente la información del cliente y del proveedor, y la sección "Firma".

Sección "Información del cliente"

1. NOMBRE DEL CLIENTE: escriba con letra de imprenta su nombre completo.
2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
3. CONDADO DE RESIDENCIA DEL CLIENTE: Ingrese el condado en el que reside.
4. TELÉFONO DEL CLIENTE: Ingrese su número de teléfono; utilice el formato (###) ###-####.
5. SOLICITUD DE REFERENCIA: coloque el nombre del programa en el que está interesado.
6. FECHA DE NACIMIENTO: coloque su fecha de nacimiento; utilice el formato MM/DD/AAAA (por ejemplo, 10/12/1982).
7. BENEFICIOS ACTUALES: marque el casillero o los casilleros de los beneficios de la CAO que está recibiendo actualmente.
8. REGISTRO DEL CASO DE LA CAO: coloque su número de registro del caso. Este número aparece en la documentación que usted obtiene de su CAO local.

Sección "Información del proveedor"

1. NOMBRE DEL PROGRAMA: coloque el nombre del programa en el que está interesado.
2. NOMBRE DEL CONTACTO: coloque el nombre de la persona de contacto en el programa que está interesado.
3. TELÉFONO: coloque el número de teléfono de la persona que mencionó en el casillero 2.
4. FAX: coloque el número de fax del programa.

Sección "Firma"

Firme y coloque la fecha de hoy. Al firmar, usted está confirmando que toda la información proporcionada es correcta. Además, está permitiendo a la CAO otorgar su decisión de referencia al proveedor mencionado arriba durante un periodo de seis meses a partir de la fecha de la firma.

¿Qué hago con el formulario de referencia inversa completado?

El formulario de referencia inversa completado se entregará a su CAO local para solicitar una consideración para el programa. El personal autorizado de la CAO completará la sección de la CAO del formulario. Determinará quién puede recibir los servicios del programa, y les dará los resultados a usted y al proveedor que usted indicó.



Información del cliente

1. NOMBRE DEL CLIENTE:	2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:
3. CONDADO DE RESIDENCIA DEL CLIENTE:	4. TELÉFONO DEL CLIENTE:
5. SOLICITUD DE REFERENCIA	6. FECHA DE NACIMIENTO:
7. BENEFICIOS ACTUALES (MARQUE UNA): ☐ Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) ☐ Solo Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)	8. REGISTRO DEL CASO DE LA CAO:

Información del proveedor

1. NOMBRE DEL PROGRAMA:	
2. NOMBRE DEL CONTACTO:	
3. TELÉFONO:	4. FAX:

Al firmar este formulario de referencia inversa, acepto que toda la información suministrada es verdadera y correcta, y autorizo que el programa arriba mencionado obtenga la información solicitada sobre la determinación de la referencia, sin exceder un periodo de seis (6) meses después de la fecha de mi firma. Gracias por su colaboración.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA CAO PARA VERIFICAR EL ESTADO DE REFERENCIA.

(Please fax this form to the program listed above once the CAO makes a referral determination.)

PLEASE CHECK ONE:

☐

REFERRED

☐

NOT REFERRED

PLEASE PROVIDE A BRIEF SUMMARY OF REASON FOR DETERMINATION:

PRINT FIRST AND LAST NAME OF CAO STAFF

TITLE

DATE

CAO STAFF SIGNATURE

PHONE NUMBER

EMAIL ADDRESS