GOBIERNO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL PROCURADOR DEL VETERANO

Solicitud de Admisión a La Casa del Veterano de Juana Díaz

IMPORTANTE: FAVOR DE MARCAR CLARAMENTE Y RESPONDER A TODOS LOS ENCASILLADOS

Si esta solicitud se completa a favor de alguien más. ¿Tiene conocimiento la persona de que la solicitud se está llenando a su favor ?

SI [ ] NO [ ] NO APLICA [ ]

Nombre y Apellidos	Dirección Postal y Física: Número Telefónico:	Seguro Social:	Núm. Reclamación

INFORMACIÓN MILITAR - *VETERANOS UNICAMENTE*

RAMA DE SERVICIO	NÚM. DE SERVICIO O SEGURO SOCIAL	FECHA ENTRADA SERVICIO	TIPO DE LICENCIA	FECHA DE LICENCIAMIENTO

INFORMACION DE INGRESOS

INGRESO MENSUAL	SOLICITANTE	CONYUGE
Administración de Veteranos	$	$
Seguro Social	$	$
Retiro Fuente	$	$
Otro Ingreso Fuente	$	$

ACTIVIDADES DIARIAS

CAPACIDAD DEL SOLICITANTE	SI	NO
¿Puede controlar la vejiga?		
¿Puede controlar sus evacuaciones?		
¿Puede vestirse sin ayuda?		
¿Puede comer sin ayuda?		
¿Maneja sus asuntos financieros?		
¿Es capaz de transferirse de una silla sin ayuda		
¿Es capaz de subir y bajar escaleras?		
¿Es capaz de caminar sin ayuda?		

Si contestó "NO" a la última pregunta, indique si esta persona requiere el uso de:

[ ]**Bastón** [ ]**Andador** [ ]**Silla de ruedas sin motor** [ ]**Silla de ruedas con motor**

Servicios de apoyo necesarios:

[ ]**Tareas Domesticas** [ ]**Cuidado Personal** [ ]**Financiero** [ ]**Transportación** [ ] **Comidas**

CONDICION EMOCIONAL MENTAL		
Este solicitante es…	SI	NO
Alerta		
Confundido		
Agitado		
Propenso a delirar		
Agresivo		
Aislado		
¿Ha recibido alguna vez tratamiento por enfermedad mental?		
Si respondio "SI" indique dónde y fechas de tratamiento		

ABUSO DE SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS		
Este solicitante …	SI	NO
Fuma		
Consume alcohol		
Utiliza drogas		
Ha recibido alguna vez tratamiento por abuso de alcohol		
Si respondió "SI", dónde y cuáles fueron las fechas		
Ha recibido alguna vez tratamiento por abuso de drogas		
Si respondió "SI", dónde y cuáles fueron las fechas		

Esta persona reside en:

[ ]**Su Hogar** [ ]**Hospital** [ ]**Hospicio** [ ]**Pensión/Casa retiro** [ ]**Refugio** [ ]**Otro, Explique**

¿Este solicitante es mayor de 60? [ ]SI [ ]NO

(si es menor, favor de enumerar las condiciones que hacen que esta persona esté permanentemente incapacitada y no pueda sostenerse)

ENUMERE EL/LOS DIAGNÓSTICO(S) PRIMERO QUE JUSTIFICA(N) LA ADMISION EN UNA CASA DE VETERANO

DIAGNÓSTICO	FECHA DE INICIO	LA CONDICIÓN ES	PERMANENTE	TEMPORERA

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y LAS DOSIS:

MEDICAMENTO	DOSIS

Administración de los medicamentos por prescripción médica:

[ ]Independiente

[ ]Necesita que los medicamentos se le prepare y su plan: [ ]**Diario** [ ]**Semanal** [ ]**Mensual**

Condición de la piel: [ ]**Heridas abiertas** [ ]**Lesiones** [ ]**Infecciones**

INFORMACIÓN DE FAMILIA, MARITAL Y DE DEPENDIENTE(S)

MARQUE POR FAVOR Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SEGÚN APLIQUE

El solicitante es [ ]**Veterano(a)*** [ ]**Esposa(o) **** [ ]**Viuda(o) **** [ ] **"Gold Start Parent"**

Estado Civil es: [ ]**Casado** [ ]**Separado** [ ] **Viudo** [ ] **Divorciado** [ ]**Nunca se ha casado**

(*favor de someter evidencia de la forma DD214 o su licenciamiento) (**copia del Certificado de Matrimonio y/o Defuncion, según aplique)

Nombre del Cónyuge: _____

Seguro Social del Cónyuge: _____ _____

Dirección del Cónyuge: _____

Fecha de matrimonio: _____

Fecha de fallecimiento: _____

Nombre y Número de Teléfono de hijos del solicitante (hijo mayor que aún vive), otros hijos del solicitante.

Nombre	Teléfono
_____	_____
_____	_____
_____	_____

***CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION AQUÍ SUMINISTRADA, ES CIERTA Y CORRECTA**

FIRMA DEL SOLICITANTE:_____ **FECHA:** _____