prospera

PROGRAMA PARA EL SUSTENTO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA

SOLICITUD DE SERVICIO

Núm. de Caso _____

_____ _____

Fecha Apertura Fecha Cierre

Nombre de la persona o institución que solicita los servicios:

- Persona_____
- Institución_____

Relación con el Alimentista (si no es el/la Alimentista) _____

Alimentista ☐ Simple (1 persona) ☐ Compuesto (padre y madre)

Dirección Residencial: _____

_____

Dirección Postal: _____

_____

Teléfono Residencial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento_____

Edad_____ Sexo ☐ F ☐ M

Estado Civil: ☐ Casado/a ☐ No casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

¿Tiene hijos? ☐ Sí ☐ No Num. de hijos_____

¿Cuántos viven en PR?_____

¿Cuántos fuera de PR?_____Lugares_____

☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ 51-60 ☐ 60+

¿Cómo se enteró de PROSPERA?

☐ Radio/TV ☐ Folletos ☐ Fortaleza ☐ Internet ☐ OPPEA

☐ Prensa escrita ☐ Actividad ☐ Secretariado ☐ Tribunales ☐ ADFAN

☐ ADSEF ☐ ASUME ☐ Otros _____

Situación: _____

_____

_____

Servicio(s) que solicita: _____

_____

Acción(es) Tomada(s):

☐ En evaluación para aceptación del caso ☐ Evaluado y aceptado para mediación

☐ Evaluado y aceptado para Tribunal ☐ Devuelto para trámite correspondiente

☐ Denegado porque: ☐ No cualifica para servicios

☐ No ofrecemos servicios solicitados

☐ Otras_____

☐ Referido a otra agencia o servicios (especifique) _____

☐ Coordinación de otros servicios (especifique) _____

Atendido Por: _____ _____

Funcionario/a del Programa y Puesto Fecha

Firma Solicitante: _____ _____

Fecha

Rev. 29/01/07