



## Formulario de Elegibilidad de/la Consumidor(a) de LINC

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que tengo la(s) siguiente(s)  
discapacidad(es)

\_\_\_\_\_  Discapacidad Primaria

\_\_\_\_\_  Discapacidad Secundaria

Mi(s) discapacidad(es) me limita(n) sustancialmente de funcionar de manera independiente en la(s) siguientes áreas(s):

cuidado personal

empleo

movilidad

vivienda

educación

otro (especifique): \_\_\_\_\_

Los servicios que estoy pidiendo me ayudarán (marque todos los que correspondan):

Mejorar mi habilidad para funcionar en mi hogar y/o comunidad

Mantener mi habilidad para funcionar en mi hogar y/o comunidad

Obtener, mantener, o avanzar en mi empleo

Entiendo que es mi opción para que me presten los servicios bajo de un Plan de Vida Independiente (ILP, por sus siglas en inglés), un plan formal que establece mis metas y los servicios que recibiré o puedo elegir para renunciar al plan. Yo elijo:

Plan de Vida Independiente  Renunciar al Plan de Vida Independiente

\_\_\_\_\_  
Firma de/la Consumidor(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Al firmar más abajo, determino como representante de LINC que el/la solicitante es elegible para los servicios y ha cumplido con los requisitos básicos especificados en la Sección 364.40.

\_\_\_\_\_  
Firma de Especialista de IL

\_\_\_\_\_  
Fecha