



South Central Los Angeles Regional Center
for persons with developmental disabilities, inc.

SOUTH CENTRAL LOS ANGELES REGIONAL CENTER FOR DEVELOPMENTALLY DISABLED PERSONS, INC.

LANTERMAN INTAKE APPLICATION - ESPAÑOL

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Si ha cambiado el nombre, por favor lista de nombre anterior a continuación:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Origen étnico: _____ Género: Male Female Idioma preferido: _____

DOB: _____ Edad: _____ Seguridad social #: _____ Casó con: Sí No

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR:

Papel: Propio/independiente Padres Jurisprudencia Legal Padres Adoptivos (s) RCF

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apt/Unit: _____

Ciudad: _____ ST: CA ZIP: _____ Teléfono: _____

e-Correo: _____ Idioma preferido: _____ Móvil: _____

DCFS INFORMACIÓN:

Nombre del trabajador: _____ Número del trabajador: _____ Teléfono: _____

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____ e-Correo: _____

INFORMACIÓN LEGAL:

Abogado público defensor nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____ e-Correo: _____

INFORMACIÓN EDUCATIVA:

Programa/Escuela: _____ Teléfono: _____

Supervisor/Maestro/Consejero: _____ Teléfono: _____

RAZÓN PARA LA APLICACIÓN DE

¿Ha recibido solicitante evaluación o servicios? No (si "Sí," Nota a continuación)

De SCLARC Otro Centro Regional: Nombre de Centro Regional _____ UCI#: _____

Por: REACH FRC Nombre del referente: _____ Phone: _____

Por favor describa abajo por qué el solicitante está solicitando servicios de Centro Regional:

ACCESORIOS incluidos: (Consultar documentos incluidos con esta aplicación)

- IEP REGISTROS MÉDICOS
- PSICO-EDUCATIVO INFORME NEUROLÓGICO
- TARJETA DE INFORME OTROS:
- REMISIÓN MÉDICA

FIRMA: Al firmar abajo, yo certifico que toda la información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Nombre en imprenta

Firma

Fecha