Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

Servicios de Determinación de Discapacidad
Informe socioeconómico

Form H3034-S
Diciembre de 2013-E

A: Health and Human Services Commission
P.O Box 15100
Midland, TX 79711-5100

Por favor, conteste todas las preguntas. Esto nos ayudará a tramitar más rápido su caso.

Identificación del caso

A.

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)				Núm. de Seguro Social
Núm. de caso	Fecha de nacimiento	Sexo ☐ M ☐ F	Nombre de esposo(a)	☐ No se aplica
Ciudad o pueblo donde vive				

B.

Nombre del especialista en elegibilidad	Código postal	Región	Teléfono (incluya la clave del área)	Extensión

Solo para el uso de la agencia

C. Program

☐ **Prior Medical** ☐ **Emergency Medical Benefits** ☐ **SSI-Related MAO - Special Income Limit** ☐ **Waivers** ☐ **CAS**

☐ **MDCP** ☐ **CLASS** ☐ **HCS** ☐ **MBI** ☐ **MBIC** ☐ **Other (explain):** _____

D. Month needed for onset of eligibility: _____ Application Date: _____

E. Fecha de solicitud a la Administración del Seguro Social (SSA) o de SSI: _____ ☐ No se aplica Fecha de inicio de la discapacidad: _____

F.

G.

¿Cuál es su ocupación (tipo de empleo que ha tenido la mayor parte de su vida)?
¿Qué idioma(s) quiere que usemos si tenemos que hablar con usted?

H.

Nombre y dirección de la escuela a la que usted asistió:

¿Se graduó? ☐ **Sí** ☐ **No** Grado más alto que terminó: _____

☐ Universidad ¿Se graduó? ☐ **Sí** ☐ **No**

I.

Comentarios sobre su discapacidad: