

Developmental Disabilities Administration (DDA)
Low Intensity Support Services (LISS) Program, Services Eligibility Application

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (El solicitante es la persona con una discapacidad intelectual o del desarrollo)

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Dirección postal: (Dirección, Ciudad, Estado y código postal)		
Seguro Social #:	Fecha de nacimiento:	Teléfono #:

SERVICE INFORMATION-Please do not write “see attached”. This section must be completed.

1. Solicitud de servicio/artículo	2. Nombre y dirección del vendedor/proveedor de servicios	3. Nombre y # de licencia del profesional con licencia (para proveedores de servicios)	4. # de teléfono del proveedor/servicio Proveedor	5. Importe total solicitado Servicio/Artículo	6. Fecha(s) de servicio (las fechas deben estar dentro del año fiscal actual)	7. Tarifa diaria/por hora Cantidad de
Motivo del servicio/artículo anterior Coloca la razón aquí				☐ Reembolso ☐ LISS Pagar al proveedor/compra		
Motivo del servicio/artículo anterior Coloca la razón aquí				☐ Reembolso ☐ LISS Pagar al proveedor/compra		
Motivo del servicio/artículo anterior Coloca la razón aquí				☐ Reembolso ☐ LISS Pagar al proveedor/compra		

Por favor, lea antes de firmar

Al firmar esta solicitud, doy fe de que la información proporcionada es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la financiación de LISS no es un programa de derechos. La recepción de fondos LISS depende de los criterios de elegibilidad de LISS de DDA para el solicitante, el servicio / artículo y / o la verificación del proveedor de la información anterior. Si usted es un representante autorizado o está completando la solicitud de un niño, firme su nombre por el solicitante. Marque ☐ Confirmando la recepción y revisión de la Guía para el año fiscal 2027 de LISS.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/tutor legal (si el solicitante es menor de 18 años): _____ **Fecha:** _____

Persona designada para recibir cartas, correos electrónicos y llamadas telefónicas. Nombre de la letra de imprenta: _____ **Correo electrónico:** _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____ **Número de teléfono:** _____

Por favor, seleccione uno. Deseo recibir correspondencia por: ☐ Solo correo electrónico ☐ Solo correo electrónico ☐ Tanto correo electrónico como correo postal