



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina de Protección y Defensa de las Personas con Impedimentos

FECHA:	HORA:
--------	-------

## Nombre del Cliente

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido Paterno:	Apellido materno:
---------	-----------------	-------------------	-------------------

Seguro Social:	Fecha Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Beneficiario Seguro Social:
	Mes / Día / Año		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## Dirección residencial y postal:

Dirección Residencial:	
Dirección Postal:	
Email:	

## Condiciones o Impedimentos:

Condición primaria:
Otras condiciones:

¿Posee algún tipo de acomodo?: No ☐ Sí (explique) ☐


Escuela, instituto, colegio o universidad que asiste y pueblo (si aplica):	Grado:

## Tipo de vivienda donde reside el cliente

Padres/Guardián u Otro Familiar	Refugio / Deambulante
Independiente	Otros (especifique):
Hogar Sustituto	



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina de Protección y Defensa de las Personas con Impedimentos

## Información del padre, madre o encargado

Nombre:	Segundo nombre	Apellido paterno:	Apellido materno:
---------	----------------	-------------------	-------------------

### Dirección residencial y postal

Dirección Residencial:	
Dirección Postal:	
Email:	

<b>Para quién solicita el servicio:</b>	<b>Parentesco con el cliente:</b>	<b>Email</b>	<b>Dirección Residencial</b>
Hijo/ Hija <input type="checkbox"/>			
Esposo/Esposa <input type="checkbox"/>			
Familiar <input type="checkbox"/>			
Conocido <input type="checkbox"/>			
Otro <input type="checkbox"/>			
		<b>Telf:</b>	<b>Dirección Postal</b>

¿Ha realizado alguna querrela?: No ☐ Sí (explique) ☐


¿Recibe o ha recibido algún servicio gubernamental y/o privado relacionado a las condiciones?:


### Resumen de situación presentada al Programa PADD:




# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina de Protección y Defensa de las Personas con Impedimentos