



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:
	/ /		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Mes	Día	Año	

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:	

Para quién solicita el servicio:	Parentesco con el cliente:	Email	Dirección Residencial
Hijo/ Hija			
Esposo/Esposa			
Familiar			
Conocido			
Otro			
		Telf:	Dirección Postal

¿Ha realizado alguna querella?: 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