

## SOLICITUD PARA PROGRAMAS DE AHORRO DE MEDICAID O MEDICARE

Seleccione el tipo de Medicaid que está solicitando, si lo sabe:

- Medicaid normal
- Exención de Medicaid
- Medicaid de Atención a largo plazo
- Programa de ahorros de Medicare
- Spend Down* (Pago único)

¿Tiene preguntas?  
¿Necesitas ayuda?  
Llame al 1-855-306-8959  
Para personas con  
problemas de audición  
llame al 1-800-648-6056

### Instrucciones:

1. Llene todo el formulario. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales.
2. Incluya copias de los documentos solicitados.
3. Lea sus derechos y responsabilidades en la última página.
4. Firme la solicitud al final de la página 6.
5. Decida si desea llenar las páginas 7-9 de la **Evaluación Voluntaria de Necesidades de Recursos de kynect** que le puede facilitar el acceso a programas/servicios/recursos comunitarios adicionales.
6. Entregue el formulario a la oficina local del Departamento para Servicios Basados en la Comunidad en su condado de residencia. Puede encontrar su oficina local llamando al 1-855-306-8959 o ir al motor de búsqueda de las oficinas locales del DCBS en:  
[https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office\\_Phone/index.aspx](https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx).  
También puede enviar la solicitud por fax a la Sala de Correspondencia Centralizada 1-502-573-2005 o 1-502-573-2007.

### CUÉNTENOS SOBRE USTED:

APELLIDOS:		NOMBRE:		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:		SEXO:	
						FECHA DE NACIMIENTO:	
DIRECCIÓN FÍSICA:				CIUDAD:		ESTADO:	
¿ES ESTA UNA INSTALACIÓN O INSTITUCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						CÓDIGO POSTAL:	
DIRECCIÓN POSTAL:				CIUDAD:		ESTADO:	
						CÓDIGO POSTAL:	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:			NÚMERO DE TELÉFONO:			CONDADO DONDE VIVE:	

**Commonwealth of Kentucky  
Cabinet for Health & Family Services  
Department for Community Based Services**

<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO, VIVIENDO CON LA PAREJA <input type="checkbox"/> CASADO, VIVIENDO POR SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO	<b>ESTATUS DE SSI:</b> <input type="checkbox"/> NUNCA LO HE SOLICITADO <input type="checkbox"/> RECIBIENDO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> DENEGADO/DESCONTINUADO  <b>MOTIVOS:</b>	<b>ELEGIBILIDAD TÉCNICA:</b> <input type="checkbox"/> EDAD (65 O MAYOR) <input type="checkbox"/> CIEGO <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO <input type="checkbox"/> ¿EN CENTRO DE ENFERMERÍA O PROGRAMA DE EXENCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>ESTATUS DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS:</b>	<b>Idioma principal que habla el solicitante (si no es inglés):</b>	

**¿ALGUIEN LE AYUDÓ CON ESTA SOLICITUD? DE SER ASÍ, POR FAVOR PROPORCIONE SU INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN**

<b>RELACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PODER NOTARIAL <input type="checkbox"/> GUARDIÁN <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE AUTORIZADO			
DE SER OTRA, POR FAVOR EXPLIQUE:			
<b>APELLIDOS:</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE</b>	<b>NÚMERO DE TELÉFONO:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>	<b>CIUDAD:</b>	<b>ESTADO:</b>	<b>CÓDIGO POSTAL:</b>

DESIGNO A ESTA PERSONA COMO MI REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA QUE SOLICITE MEDICAID POR MÍ.

FIRMA DEL SOLICITANTE: X \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

- POR FAVOR, PROPORCIONE PRUEBA DE SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO. EJEMPLOS DE VERIFICACIÓN ACEPTABLE DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO:**
- EL FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO MAP-14, QUE SE PUEDE ENCONTRAR AQUÍ: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/MAPForms/MAP14.pdf>
  - DOCUMENTOS DE PODER NOTARIAL
  - DOCUMENTOS LEGALES PARA VERIFICAR LA TUTELA

Commonwealth of Kentucky  
Cabinet for Health & Family Services  
Department for Community Based Services

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

### ENUMERE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR

Relación	Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Raza*	¿Hispano/Latino?	¿Ciudadano estadounidense?
USTED MISMO					<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S
					<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S
					<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S
					<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S
					<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S
					<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S
					<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N

**\*PARA LA RAZA:** Utilice cualquiera de estos códigos que correspondan. Su cobertura no se verá afectada si no responde. (A) Indio americano/Nativo de Alaska; (B) Negra; (P) Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico; (S) Asiática; (W) Blanca.

¿TIENE USTED O SU CÓNYUGE SEGURO MÉDICO? (ENVIAR CON SU SOLICITUD UNA COPIA DE AMBAS PARTES DE LA TARJETA)		
<input type="checkbox"/> MEDICARE PARTE A Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/>	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	FECHA DE VIGENCIA:
	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	
<input type="checkbox"/> MEDICARE PARTE B Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/>	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	FECHA DE VIGENCIA:
	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	
<input type="checkbox"/> MEDICARE PARTE C Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/>	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	FECHA DE VIGENCIA:
	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	
<input type="checkbox"/> MEDICARE PARTE D Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/>	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	FECHA DE VIGENCIA:
	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	
NOMBRE DEL PROVEEDOR: Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> OTRA PÓLIZA DE SEGURO	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	FECHA DE VIGENCIA:
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA:		
<input type="checkbox"/> OTRA PÓLIZA DE SEGURO	NÚM. DE RECLAMO (EN TARJETA):	FECHA DE VIGENCIA:
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA:		

**SU INGRESO Y EL INGRESO DE SU CÓNYUGE, SI ESTÁ CASADO:**

<b>INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO</b>			
<b>EJEMPLOS: SEGURO SOCIAL, VETERANOS, JUBILACIÓN FERROVIARIA, PENSIONES, MANUTENCIÓN O PENSIÓN ALIMENTARIA, INGRESOS DE ALQUILER, LIQUIDACIÓN DE TABACO, PAGO DE ANUALIDADES/INVERSIONES</b>			
DE QUIÉN ES EL INGRESO	TIPO DE INGRESO	MONTO BRUTO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES)	CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE

<b>INGRESOS DERIVADOS DEL TRABAJO</b>				
<b>EJEMPLOS: SALARIOS DE UN TRABAJO O INGRESOS DE EMPLEO POR CUENTA PROPIA</b>				
DE QUIÉN ES EL INGRESO	TIPO DE INGRESO	MONTO BRUTO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES)	CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR

**POR FAVOR PROPORCIONE PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS. EJEMPLOS DE VERIFICACIÓN ACEPTABLE:**

- CARTAS DE CONCESIÓN DEL SEGURO SOCIAL, ASUNTOS DE LOS VETERANOS O JUBILACIÓN FERROVIARIA
- COPIAS DE LOS TALONES DE PAGO
- COPIAS DE REGISTROS TRIBUTARIOS PARA TRABAJO POR CUENTA PROPIA
- ÓRDENES JUDICALES DE PENSIÓN ALIMENTARIA O MANUTENCIÓN
- ESTADOS DE CUENTA DE LA EMPRESA DE PENSIONES Y JUBILACIONES

**Commonwealth of Kentucky  
Cabinet for Health & Family Services  
Department for Community Based Services**

**¿TIENE USTED O SU CÓNYUGE ALGÚN RECURSO?**

**EJEMPLOS DE RECURSOS: CUENTAS BANCARIAS, ACCIONES Y BONOS, FIDEICOMISOS, ANUALIDADES, VEHÍCULOS. USTED DEBE PROPORCIONAR PRUEBA DE ESTOS RECURSOS. LAS PRUEBAS ACEPTABLES SON, LOS ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS, ESTADOS DE CUENTA DE AGENCIA DE CORREDORES, COPIAS DE FIDEICOMISOS/ANUALIDADES.**

TIPO DE RECURSO	BALANCE/ VALOR	¿RECURSO EN MANOS DE? (NOMBRE DEL BANCO O EMPRESA)	PROPIETARIO	NÚMERO DE CUENTA

¿HA TRANSFERIDO O VENDIDO UN RECURSO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? EN CASO DE SER ASÍ, EXPLÍQUELO POR FAVOR:

**LOS RECURSOS TAMBIÉN INCLUYEN PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA O ARREGLOS FUNERARIOS PREPAGOS PARA USTED O SU CÓNYUGE:**

TITULAR DE LA PÓLIZA	COMPAÑÍA DE SEGURO/FUNERARIA	NÚMERO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR DE RESCATE EN EFECTIVO

¿USTED O SU CÓNYUGE SON DUEÑOS DE LA CASA DONDE VIVEN? DE SER ASÍ, POR FAVOR INGRESE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:	¿USTED O SU CÓNYUGE SON DUEÑOS DE PROPIEDADES DONDE NO VIVEN? DE SER ASÍ, POR FAVOR INGRESE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
VALOR PVA ACTUAL:	VALOR PVA ACTUAL:

## DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y ACUERDO

Certifico que esta información es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que la Ley del Seguro Social exige que todos los beneficiarios de asistencia proporcionen y sean identificados mediante un número de seguro social y, si una persona se niega a solicitar un número, el Departamento no puede realizar pagos ni proporcionar Medicaid. Entiendo que los números de seguro social se utilizarán para buscar coincidencias en varias bases de datos estatales y federales a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS). Estas búsquedas de coincidencias incluyen, entre otras, el Seguro Social, el IRS, el SSI, los registros salariales, el seguro de desempleo y otras búsquedas según lo dispuesto bajo la autoridad del IEVS. Esta información puede verificarse a través del contacto con colaterales si se encuentra discrepancia. La información proporcionada bajo IEVS, después de la búsqueda, puede afectar la elegibilidad y la cantidad de beneficios. Esta información se le transmitirá a otras agencias sólo según lo permita la ley. Declaro que todas las personas para quienes se realiza la solicitud son ciudadanos estadounidenses o están admitidos bajo estatus de extranjero aprobado. Certifico bajo pena de perjurio que la información, incluida la ciudadanía o la condición de extranjero, proporcionada por mí en esta declaración es correcta y verdadera según mi leal saber y entender y doy mi consentimiento al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad para realizar los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. Entiendo que la información contenida en esta solicitud se utiliza para determinar si soy elegible para recibir beneficios del Departamento para Servicios Basados en la Comunidad. Entiendo que, si doy información falsa, retengo información o no informo cambios dentro del plazo de 10 días, puedo estar sujeto a ser procesado por fraude, reducción o pérdida de los beneficios y se me puede exigir que reembolse los beneficios que he recibido. Además, le doy mi autorización al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad para hacer los contactos necesarios para verificar mi declaración u obtener información adicional pertinente a mi elegibilidad. Todas las solicitudes de asistencia se consideran sin distinción de raza, color, sexo, discapacidad, creencia religiosa, origen nacional o afiliación política.

Usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial comunicándose con su trabajador si no están de acuerdo con alguna medida tomada en su caso. Su caso puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona que usted elija.

X \_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge del solicitante o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma de testigos (Si se firma con una X)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Evaluación de Necesidades de Recursos de kynect

A continuación, le ofrecemos una evaluación de necesidades de recursos adicionales que es **voluntaria** y que no tiene ninguna repercusión en sus beneficios de Medicaid. Dicha evaluación nos ayuda a identificar y a entender otras necesidades que quizás usted y su núcleo familiar tengan y que pueden repercutir en su salud, además de que nos ayuda a ponerlo en contacto con recursos/servicios/programas comunitarios que podrían ser de utilidad, como, por ejemplo, en cuestiones de transporte, servicios públicos, comida, cuidado infantil, etc. Puede revisar sus resultados entrando a su cuenta de kynect en <https://kynect.ky.gov/resources> o llamando al 2-1-1 para que les refieran a los recursos/servicios/programas comunitarios.

Cualquier integrante adicional del núcleo familiar puede llenar su propia evaluación de necesidades individuales entrando a su cuenta de kynect en internet, <https://kynect.ky.gov/resources>, o llamando al 2-1-1.

#### **Encierre en un círculo la letra que mejor describe su situación:**

**1. ¿Qué letra describe mejor su situación de vivienda?**

- a. No tengo una situación de vivienda estable.
- b. Estoy viviendo temporalmente con un amigo o con un pariente.
- c. En estos momentos no estoy pagando mi alquiler/hipoteca y corro el riesgo de que me desalojen.
- d. Estoy pagando mi alquiler/hipoteca, pero no me resulta asequible (excede el 30% de los ingresos).
- e. En estos momentos estoy haciendo uso de un programa de ayuda con el alquiler/hipoteca.
- f. Pago mi alquiler/hipoteca sin ninguna dificultad.

**2. ¿Qué letra describe mejor la situación de los servicios públicos de su vivienda (agua, electricidad, calefacción)?**

- a. No tengo vivienda/no tengo servicios públicos en el lugar donde vivo.
- b. Con frecuencia me cortan los servicios públicos por no haber pagado.
- c. Uso programas que me ayudan a pagar los servicios públicos.
- d. Se me hace difícil pagar mis servicios públicos, pero la mayoría de las veces consigo hacerlo.
- e. Me es posible pagar mis servicios públicos para que nunca me los corten.

**3. ¿Qué letra describe mejor su situación actual de empleo?**

- a. No tengo trabajo.
- b. Tengo un trabajo temporal, estacional o de jornada parcial que NO satisfice mis necesidades; necesito más trabajo.
- c. Trabajo a tiempo completo sin beneficios o con beneficios que no satisfacen mis necesidades.  
*(Nota: Los beneficios pueden incluir seguro médico, seguro dental y seguro de atención de la vista, así como paquetes de jubilación)*
- d. Tengo un trabajo temporal, estacional o de jornada parcial que SÍ satisfice mis necesidades; no necesito más trabajo.
- e. Trabajo a tiempo completo con beneficios que satisfacen mis necesidades.

**4. ¿Qué letra describe mejor su situación de ingresos?**

- a. No tengo ingresos.
- b. Mis ingresos son irregulares.
- c. Mis ingresos no alcanzan para satisfacer mis necesidades.
- d. Me es posible satisfacer mis necesidades básicas con la contribución de programas de ayuda.

**Commonwealth of Kentucky  
Cabinet for Health & Family Services  
Department for Community Based Services**

- e. Me es posible satisfacer mis necesidades básicas sin ayuda.
- f. Mis ingresos satisfacen mis necesidades, están bien administrados y me es posible ahorrar.

**5. ¿Qué letra describe mejor su situación de alimentos?**

- a. No me es posible conseguir alimentos.
- b. Puedo conseguir alimentos, pero no tengo el espacio o el tiempo para preparar comida.
- c. Mi núcleo familiar recibe ayuda con los alimentos, como, por ejemplo, SNAP (cupones de alimentos) o alguna otra ayuda de alimentos.
- d. Me es posible satisfacer mis necesidades básicas de alimentación, pero no sin ayuda ocasional, como, por ejemplo, la ayuda de los bancos de alimentos.
- e. Me es posible satisfacer mis necesidades básicas de alimentación sin ayuda.
- f. Tengo la posibilidad de comprar cualquier comida que mi núcleo familiar quiera.

**6. ¿Qué letra describe mejor su situación de cuidado infantil?**

- a. Necesito servicios de cuidado infantil, pero por el momento no me es posible pagarlos.
- b. Me es posible pagar servicios de cuidado infantil, pero las opciones existentes o bien no son fiables o resultan inaccesibles.
- c. Un(a) amigo(a) o pariente se encarga de proporcionarme servicios de cuidado infantil.
- d. Me es posible optar por el cuidado infantil de calidad que mejor me parezca.
- e. Por el momento, no necesito servicios de cuidado infantil.

**7. ¿Qué letra describe mejor su nivel educativo?**

- a. No tengo diploma de bachillerato/de GED, o necesito ayuda para leer o escribir.
- b. Tengo diploma de bachillerato/de GED, pero el idioma es una barrera.
- c. Tengo diploma de bachillerato/de GED, pero necesito formación/capacitación adicional para mejorar mi situación laboral.
- d. Ya he cursado la formación/capacitación necesaria para conseguir empleo.
- e. En estos momentos curso estudios de bachillerato o asisto a una institución que brinda formación/capacitación.

**8. ¿Qué letra describe mejor su cobertura de atención médica?**

- a. No tengo cobertura médica y necesito cobertura lo más pronto posible.
- b. No tengo cobertura médica ni tampoco necesidad inmediata de cobertura.
- c. Algunos integrantes de mi núcleo familiar (como, por ejemplo, algunos niños) tienen cobertura médica, pero me gustaría recibir ayuda para entender cómo usarla.
- d. Algunos integrantes de mi núcleo familiar (como, por ejemplo, algunos niños) tienen cobertura médica, y sabemos cómo usarla.
- e. Todos los integrantes de mi núcleo familiar tienen cobertura médica asequible, pero me gustaría recibir ayuda para entender cómo usarla.
- f. Todos los integrantes de mi núcleo familiar tienen cobertura médica asequible, y sabemos cómo usarla.

**9. ¿Qué letra describe mejor su situación de transporte?**

- a. No tengo ningún acceso a medios de transporte.
- b. Tengo carro, pero no me es posible manejarlo o no es fiable.
- c. Uso el transporte público o una bicicleta, pero me resulta poco práctico o el servicio es limitado.
- d. No necesito ayuda con el transporte.

**10. ¿Necesita recursos en relación con su bienestar mental?**

- a. Sí, necesito ayuda con mi bienestar mental.
- b. No, no necesito ayuda con mi bienestar mental.



**Commonwealth of Kentucky  
Cabinet for Health & Family Services  
Department for Community Based Services**

11. **¿Necesita recursos en relación con problemas de consumo de sustancias?**
  - a. Sí, necesito recursos en relación con problemas de consumo de sustancias.
  - b. No, no necesito recursos en relación con problemas de consumo de sustancias.
  
12. **¿Necesita recursos en relación con problemas de violencia doméstica?**
  - a. Sí, necesito recursos en relación con problemas de violencia doméstica.
  - b. No, no necesito recursos en relación con problemas de violencia doméstica.
  
13. **¿Qué letra describe mejor su situación de cuidado de personas mayores y/o discapacitadas?**
  - a. Tengo necesidad inmediata de ayuda para mí personalmente o para alguien que está bajo mi cuidado por cuestiones de edad o de una discapacidad existente.
  - b. A mí personalmente o a alguien bajo mi cuidado le vendría bien tener ayuda con el cuidado por cuestiones de edad o de una discapacidad existente.
  - c. No tengo ninguna necesidad de ayuda con el cuidado de personas mayores/discapacitadas.
  
14. **¿Qué letra describe mejor la situación escolar de sus niños?**
  - a. Tengo uno o más niños en edad escolar que no están matriculados en la escuela.
  - b. Mi niño o niños están matriculados en la escuela, pero asisten a clases solo algunas veces.
  - c. Mi niño o niños están matriculados en la escuela, y asisten a clases la mayoría de las veces o siempre.
  - d. No tengo niños en edad escolar.
  
15. **¿Qué letra describe mejor qué tanto le es posible satisfacer sus necesidades básicas diarias?**
  - a. No me es posible satisfacer necesidades básicas como la alimentación, la ropa o un lugar donde bañarme con regularidad.
  - b. Me es posible satisfacer algunas de mis necesidades básicas, pero no todas.
  - c. Me es posible satisfacer la mayoría de mis necesidades básicas, pero no todas.
  - d. Me es posible satisfacer todas mis necesidades básicas todos los días.
  
16. **¿Qué letra describe mejor sus conexiones sociales y sus amistades?**
  - a. Llevo una vida aislada y/o no quiero interactuar con la gente.
  - b. Me gustaría estar más involucrado(a) con la familia o con grupos, pero necesito más información o apoyo.
  - c. Tengo apoyos sólidos en la familia/sociedad y/o estoy activamente involucrado(a) en mi comunidad o en grupos de apoyo.
  
17. **¿Qué letra describe mejor la necesidad que tiene usted de apoyo jurídico?**
  - a. Tengo orden(es) de detención pendiente(s) o tengo cargos pendientes.
  - b. Estoy cumpliendo plenamente con los términos de la libertad condicional.
  - c. No tengo ningún historial de delitos graves ni he tenido nada que ver con el sistema judicial penal en más de 12 meses.
  
18. **¿Qué letra describe mejor sus habilidades parentales?**
  - a. Necesito recursos que me ayuden a mejorar mis habilidades parentales.
  - b. Mis habilidades parentales son satisfactorias y están bien desarrolladas.
  - c. No tengo niños.