



CUESTIONARIO – SSDI / SSI

INFORMACION GENERAL

¿Qué beneficios busca? (marque todos los que correspondan)

Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) Seguro de Ingreso
Suplementario (SSI)

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Idioma primario: _____ Necesita Interpretación? _____

Puede leer inglés? _____ Puede escribir inglés? _____

Contacto de emergencia (Nombre, Relación, Teléfono celular) _____

Cómo escucho de nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN SOBRE SUS BENEFICIOS

¿Ha recibido o está recibiendo beneficios de SSDI / SSI? _____

Si respondió “sí” - indique la fecha de su último cheque _____

Si respondió “no” - por favor conteste las siguientes preguntas:

Fecha que aplico para beneficios: _____ Fecha que le negaron beneficios: _____

En su aplicación, qué fecha declaró que ya no pudo trabajar?: _____

En qué fecha dejó de trabajar? _____

Tiene una audiencia programada? Si contesto “sí” - cuándo? _____

Ya tuvo una audiencia? Si contesto “sí” - cuándo? _____

Ha trabajado? _____

Por qué dejo de trabajar? _____

Por qué no puede trabajar ahora? (describa sus restricciones/limitaciones): _____

Describa todas las condiciones médicas que afectan su capacidad para trabajar:

Escriba el nombre, dirección, y teléfono de su doctor principal / de cabecera:

Escriba el nombre, dirección, teléfono y especialidad de cada doctor que ha visto:

MEDICAMENTOS:

Escribe el nombre de cada medicamento que usted toma, e incluya el nombre de quien se lo receto, y para que condición es el medicamento, También describa los efectos secundarios del medicamento, si los hay:

Desde que aplico para SSDI/SSI, ha cambiado su condición / diagnóstico? _____

Si contesto "si" - describa cómo ha cambiado su condición / diagnóstico: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Identifique sus empleadores por los últimos 15 años:

Empleador: _____ Título profesional: _____

Fechas de empleo Desde: _____ Hasta: _____

Describe sus deberes: _____

Empleador: _____ Título profesional: _____

Fechas de empleo Desde: _____ Hasta: _____

Describe sus deberes: _____

Empleador: _____ Título profesional: _____

Fechas de empleo Desde: _____ Hasta: _____

Describe sus deberes: _____

Empleador: _____ Título profesional: _____

Fechas de empleo Desde: _____ Hasta: _____

Describa sus deberes: _____

Empleador: _____ Título profesional: _____

Fechas de empleo Desde: _____ Hasta: _____

Describa sus deberes: _____

EDUCACIÓN:

Cuál fue el grado más alto que completó en la escuela? _____

Si no termino la secundaria, obtuvo un diploma de GED? _____

Identifique los programas vocacionales o certificados que usted ha asistido, y también indique si completó el programa:

Envíe esta forma completada a newclientinfo@ghitterman.com o tráigala con usted a su cita.