

**COMITÉ DE ASESORAMIENTO AL CONSUMIDOR**  
**SOLICITUD DE MEMBRESÍA**  
**DS 254 (1/2008) (Versión electrónica)**

*Información Confidencial del Consumidor*  
*Vea la Sección 4518 del Código W & I*

*CONSULTE LAS INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD EN LA PÁGINA SIGUIENTE*

1. Su nombre: \_\_\_\_\_
2. Su dirección: \_\_\_\_\_
3. Su número de teléfono durante el día: (     ) \_\_\_\_\_
4. Su número de teléfono por la noche: (     ) \_\_\_\_\_
5. Nombre de su centro regional o centro de desarrollo:  
\_\_\_\_\_
6. Es miembro de:  
*People First* local \_\_\_\_\_  
(Nombre)  
Grupo de auto-defensa local \_\_\_\_\_  
(Nombre)
7. Es usted:        Hombre        Mujer



## INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD



Si necesita ayuda para completar esta solicitud, pregunte a sus amigos, familia, prestador de cuidados, personal de programas de día, al coordinador de servicios del centro regional, personal del centro de desarrollo estatal, defensor o cualquier otra persona que piense que lo pueda ayudar.



1. Ponga su **nombre** debajo de **Su nombre**.
2. Ponga la **dirección del lugar donde vive** debajo de **Su dirección**. Asegúrese de incluir el número, nombre de la calle, ciudad, estado y código postal.



3. Ponga su **número de teléfono durante el día** debajo de **Su número de teléfono durante el día**. Asegúrese de incluir el código de área.



4. Ponga su **número de teléfono por la noche** debajo de **Su número de teléfono por la noche**. Asegúrese de incluir el código de área.



5. Díganos el nombre de su centro regional o centro de desarrollo.



6. Si es miembro de *People First* local y/o una organización de auto-defensa, marque la casilla y ponga el nombre del grupo.



7. Marque la casilla que indica si es hombre o mujer.



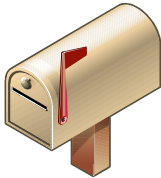
8. Ponga los nombres de cualquier otra junta, comité y organización a las que pertenezca como una junta del centro regional, junta del área, etc.



9. Queremos saber por qué desea ser miembro del Comité de Asesoramiento al Consumidor del Departamento de Servicios de Desarrollo. Utilice este espacio para contarnos. Podrá agregar más papel si es necesario para expresar sus motivos. Si usa más papel, asegúrese de incluirlo cuando envíe la solicitud al DDS.



10. Antes de enviar su solicitud, el DDS desearía saber lo que sus compañeros piensan de usted. Nos gustaría que consiga una carta de un grupo de su comunidad del cual es parte, en la cual se indique por qué usted sería magnífico para este comité.



11. Una vez que haya reunido la información, envíe su solicitud a:

**Office of Human Rights and Advocacy Services  
Department of Developmental Services  
1600 9<sup>th</sup> Street, Room 240, MS 2-15  
Sacramento, CA 95814  
(916) 654-1888**