

**Su información**

Anónimo

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el destinatario del servicio \_\_\_\_\_

**¿A quién se refiere? (Destinatario del servicio)**

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Número de Seguro social \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Servicios recibidos (Marque todo lo que corresponda)**

- Renuncia a ADvantage
- Servicios para personas con discapacidades del desarrollo
- Clase Hissom
- Cuidado Personal del Plan Estatal

**Estado de custodia:**

- OJA
- OHS
- Parental
- Tribal

<b>Destinatarios del servicio:</b>	<b>Nombre</b>	<b>Dirección</b>	<b>Correo electrónico</b>	<b>Teléfono</b>
Agencia proveedora				
Guardián				
Familiares más cercanos				
Carta de poder				

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Número de Seguro social \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Servicios recibidos (Marque todo lo que corresponda)**

- Renuncia a ADvantage
- Servicios para personas con discapacidades del desarrollo
- Clase Hissom
- Cuidado Personal del Plan Estatal

**Estado de custodia:**

- OJA
- OHS
- Parental
- Tribal

Destinatarios del servicio:	Nombre	Dirección	Correo electrónico	Teléfono
Agencia proveedora				
Guardián				
Familiares más cercanos				
Carta de poder				

**Resumen de la acusación o razón para solicitar ayuda (agregue páginas según sea necesario)**

**Si se trata de una solicitud de Defensa Especial, no es necesario que avance más. Sin embargo, si hay acusaciones de abuso, negligencia o explotación, complete las secciones restantes.**

**Detalles de la acusación**

¿Quién reveló inicialmente la acusación?

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el destinatario del servicio \_\_\_\_\_

Ubicación actual del destinatario del servicio

\_\_\_\_\_

Condición actual del destinatario del servicio

\_\_\_\_\_

Nivel de supervisión del destinatario del servicio

\_\_\_\_\_

Describa brevemente las lesiones, si las hubiera.

\_\_\_\_\_

¿Se tomaron fotos?  Sí  No  Desconocido

¿Algún testigo?  Sí  No  Desconocido

¿Participación de las fuerzas del orden?  Sí  No  Desconocido

Fecha exacta del incidente Hora exacta del incidente Fecha/hora aproximada del incidente

Ubicación exacta del incidente Condado donde ocurrió el incidente

### Cuidador(es) acusado(s)

Si hay varios cuidadores acusados, enumere primero el que causa la mayor lesión o riesgo de lesión.

Nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de Nacimiento Género Correo electrónico Teléfono

Dirección Ciudad Estado Código postal

Trabajador de servicios comunitarios  Asistente de cuidado personal de Medicaid  Profesional de la salud con licencia

Turno Puesto de trabajo Estado de cuidador (es decir, suspendido)

Nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento Género Correo electrónico Teléfono

Dirección Ciudad Estado Código postal

Trabajador de servicios comunitarios  Asistente de cuidado personal de Medicaid  Profesional de la salud con licencia

Turno Puesto de trabajo Estado de cuidador (es decir, suspendido)

### Información del Centro/Proveedor

Nombre del centro/proveedor

Proveedor de Servicios Comunitarios  Proveedor de servicios de cuidado personal de Medicaid

Persona de contacto Teléfono

NOTA: Si alguno de los cuidadores acusados o presuntas víctimas ya no está en la instalación/proveedor agencia, registre cómo localizarlos en la sección "Otra información" a continuación.

### Testigos del presunto incidente

Nombre	Implicación	Relación con la víctima	Información de contacto

### Otra información

### Enrutamiento

Envíe el formulario completo a OCA en [oca.intake@health.ok.gov](mailto:oca.intake@health.ok.gov).

### Solo uso de Office Client Advocacy (OCA)

Intake number	Intake date	Intake status
		<input type="checkbox"/> Priority case
Intake staff		