

## **ANEXO F:**

Plan de actuación para demostrar que no estoy gravemente discapacitado

[Llene el formulario y entrégueselo a su abogado  
y al curador]

1. Nombre. Dirección. Número de caso, si lo conoce.
  
2. Mis ingresos mensuales son \_\_\_\_\_. Recibo el dinero de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Esto puede incluir el programa de Beneficios del Seguro Social, beneficios de veteranos de las Fuerzas Armadas o ingresos devengados del trabajo.
  
3. Tengo intención de residir en esta dirección. Soy dueño del inmueble o gastaré esta cantidad de dinero en el alquiler.
  
4. Satisfaré mis necesidades alimentarias de esta manera. Gastaré esta cantidad de dinero en comida.
  
5. Satisfaré mis necesidades de vestimenta de esta manera. Gastaré esta cantidad de dinero en ropa.

6. Puede haber amigos o familiares que podrían ayudarme y proporcionarme la comida, la ropa y la vivienda. A continuación, he enumerado sus nombres y cómo ponerse en contacto con ellos.  
(\*Asegúrese de incluir una nota escrita por la persona dispuesta a ayudar en la que diga que está dispuesta a ayudar y cómo ponerse en contacto con ella.)

7. Si necesito tratamiento, estoy dispuesto a recibir tratamiento de esta persona o agencia.

8. Puedo ir a mis citas o reuniones de esta manera.