**Formulario Básico de Admisión**

¡Bienvenido! Cuéntenos un poco sobre usted para que podamos ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Pedimos información demográfica para cumplir con los requisitos de nuestros financiadores. Toda su información personal es confidencial. Consulte las preguntas frecuentes que se incluyen para obtener más información y orientación sobre cómo llenar este formulario.

|  |
| --- |
| **Contacto e Información Demográfica:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Segundo Nombre:** | |  |
| **Apellido:** |  | | **Apodo:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de nacimiento:** | | | | | |  | | | | **Edad:** |  | |
| **Dirección particular** Línea 1: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |
| **Dirección postal** Línea 1: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |

|  |
| --- |
| **Comentarios sobre la ubicación** (indicaciones adicionales sobre la dirección particular o postal): |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono particular:** | |  | **Teléfono celular:** |  |
| **Correo electrónico:** |  | | | |

|  |
| --- |
| **Género:**  Masculino  Femenino  No binario/Tercer género |

**Me identifico como:**  Transgénero  Cisgénero (identificarse con su género al nacer)

|  |  |
| --- | --- |
| Género no indicado: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Origen étnico:**  Hispano o latino  No hispano ni latino | | | |
| **Raza, marque todo lo que corresponda:** | | | |
| Indígena americano o Nativo de Alaska | | Del Oriente Medio o Del Norte de África | |
| Asiático o Asiático estadounidense | | Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico | |
| Negro o Afroamericano | | Blanco | |
| Raza no indicada: |  | | |
| **Vive:**  Solo  Con otras personas **¿Es usted un veterano de guerra?**  Sí  No | | | | |
| **Número de personas que viven en su hogar** (incluido usted): | | | |  |

**¿Sus ingresos son superiores o inferiores a la cifra establecida para el tamaño de su hogar?**

Superiores  Iguales/Inferiores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tamaño del grupo familiar | Ingresos mensuales | Ingresos anuales: |
| 1 | $1,132.00 | $13,590.00 |
| 2 | $1,526.00 | $18,310.00 |
| 3 | $1,919.00 | $23,030.00 |
| Por cada persona adicional, agregue $4,720 a los ingresos anuales | | |

|  |
| --- |
| **Necesidades de Comunicación y Servicios:** |

**Seguro médico** (marque todo lo que corresponda):

Medicare  Medicare Advantage (Parte C)  Medicaid  Exención de Medicaid

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ninguno | Otro: |  |

**¿Le interesaría aprender sobre nutrición y una alimentación saludable?**

Sí  No

**¿Desea conocer otros servicios?** Sí  No

**En caso afirmativo, ¿cómo podemos ponernos en contacto con usted?**

Correo electrónico  Correo postal  Teléfono

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué servicios le interesarían?** |  |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contacto de Emergencia:** | | | |
| **Nombre:** |  | | |
| **Teléfono:** |  | **Parentesco:** |  |

**Divulgaciones y Exenciones**

*Fui informado de las políticas relativas a los aportes voluntarios, los procedimientos para presentar quejas y los derechos de apelación. Soy consciente de que, para recibir los servicios solicitados, puede ser necesario compartir información con otros departamentos o proveedores de servicios y doy mi consentimiento para ello.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma:** |  | **Fecha:** |  |

***Para uso exclusivo de la oficina –***

*(Si lo completa un asesor o lo hace por teléfono, pídale que marque aquí y que firme a continuación* )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Llenado por:** |  | **Fecha:** |  |