**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:** |
| **Apellido:** |            |  **Nombre:** |            | **In. del 2.ºNombre:** |            |
| **Fecha de nacimiento:** |            |  **Edad:** |            |
| **Género/Identidad:** [ ]  Masculino [ ]  Femenino [ ]  Otro género no indicado:  |  |
| **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:** |            |

|  |  |
| --- | --- |
| **Idioma primario:** [ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Otro: |       |
| **¿Es usted un veterano de guerra?** [ ]  Sí [ ]  No**Origen étnico:** [ ]  Hispano o latino [ ]  No hispano ni latino |
| **Raza, marque todo lo que corresponda:** |
| [ ]  Indígena americano/Nativo de Alaska | [ ]  Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico |
| [ ]  Asiático o Asiático estadounidense | [ ]  Blanco |
| [ ]  Negro o Afroamericano | [ ]  Otro no indicado:  |       |
| **Vive:** [ ]  Solo [ ]  Con otras personas |
| **Número de personas que viven en su hogar** (incluido usted):  |       |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Contacto e Información Demográfica (continuado):** |

**¿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 | $13,590 |
| 2 | $1,526 | $18,310 |
| 3 | $1,919 | $23,030 |
| 4 | $2,312 | $27,750 |
| Por cada persona adicional, agregue $4,720 a los ingresos anuales |
|  |

|  |
| --- |
|  **Contacto de Emergencia:** |

**Contacto de emergencia primario:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |            |
| Teléfono: |            |  Parentesco:  |            |

|  |
| --- |
|  **Interés en Otros Servicios:** |

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

[ ]  Medicaid [ ]  Medicare [ ]  Otro [ ]  Ninguno

**¿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?** |       |
|       |

**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:** |            |