**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:** |  |