

FORMA DE REGISTRO

NOMBRE
(Nombre/Apellido): _____ MASCULINO FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NÚMERO DE TELÉFONO: (____) _____

DOMICILIO: _____ DIRECCIÓN POSTAL: _____

Ninguna Residencia/Persona Sin Hogar

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA *(Use otra hoja si quiere agregar más de una persona)*

NOMBRE
(Nombre/Apellido): _____ RELACIÓN : _____

TELÉFONO DE CASA: (____) _____ TRABAJO O TELÉFONO CELULAR : (____) _____

ETNICIDAD

- HISPANO/A O LATINO/A
 NO SOY HISPANO/A O LATINO/A

RAZA

- BLANCO/A, CAUCÁSICO
 HISPANO/A
 INDÍGENA AMERICANO/ INDÍGENA ALASKA
 ASIÁTICO/A
 NEGRO/A, AFRICANO/A-AMERICANO
 INDÍGENA/HAWAIANO/A O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO
 OTRA _____

Si no habla inglés, ¿Cuál es su lengua nativa/original? _____

Me dieron el Aviso de Prácticas de Privacidad

De acuerdo a las reglas Federales de Pobreza, SUS INGRESOS:

- Debajo de la pobreza Encima de la pobreza
 Debajo de 300% SSI Arriba de los 300% SSI

(El proveedor de servicio le dará una lista de las reglas actualizadas)

- ¿VIVE SOLO/A? Sí No
 ¿ESTA DISCAPACITADO/A? Sí No
 ¿ESTA ENFERMO/A? Sí No
 ¿ESTA RECLUIDO AL HOGAR? Sí No
 ¿RECIBE MEDICAID DEL ESTADO?..... Sí No
 ¿CUIDA A OTRAS PERSONAS? Sí No

Si cuida a otras personas, ¿a quienes?

- Esposo/a Niño/a de edad 0-18 años
 Un niño adulto Padre/Madre
 Miembro de la Familia Otro/a: _____

¿Cuál de las siguientes actividades no puede realizar sin ayuda?

Actividades Diarias Básicas:

- Comer Vestirse Caminar
 Bañarse Ir al baño
 Levantarse/acostarse en la cama
 Pararse/sentarse en una silla
 Ninguno. Yo puedo hacer estas actividades.

Actividades Diarias Instrumentales:

- Preparar una comida Ir de compras
 Tomar medicina Administrar el dinero
 Usar el teléfono Aseo Doméstico
 Utilizar el transporte publico
 Ninguno. Yo puedo hacer estas actividades.

 Firma
(1er año o actualización del formulario)

 Fecha

 Firma – 2^{do} año
(Certifico que mi información no ha cambiado)

 Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Services Registered For:

- _____

New to This Service?

- Y N
 Y N

Nutrition Risk Assessment Score: _____

Site: _____

Notes: _____

FORMA DE REGISTRO

NOMBRE
(Nombre/Apellido): _____ MASCULINO FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____

DOMICILIO: _____ DIRECCIÓN POSTAL: _____

Ninguna Residencia/Persona Sin Hogar

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA *(Use otra hoja si quiere agregar mas de una persona)*

NOMBRE
(Nombre/Apellido): _____ RELACIÓN : _____

TELÉFONO DE CASA: (_____) _____ TRABAJO O TELÉFONO CELULAR : (_____) _____

ETNICIDAD

- HISPANO/A O LATINO/A
- NO SOY HISPANO/A O LATINO/A

RAZA

- BLANCO/A, CAUCÁSICO
- HISPANO/A
- INDÍGENA AMERICANO/ INDÍGENA ALASKA
- ASIÁTICO/A
- NEGRO/A, AFRICANO/A-AMERICANO
- INDÍGENA/HAWAIANO/A O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO
- OTRA _____

Si no habla inglés, ¿Cuál es su lengua nativa/original? _____

-
- Me dieron el Aviso de Prácticas de Privacidad

De acuerdo a las reglas Federales de Pobreza, SUS INGRESOS:

- Debajo de la pobreza Encima de la pobreza
 - Debajo de 300% SSI Arriba de los 300% SSI
- (El proveedor de servicio le dará una lista de las reglas actualizadas)*

- ¿VIVE SOLO/A? Sí No
- ¿ESTA DISCAPACITADO/A? Sí No
- ¿ESTA ENFERMO?..... Sí No
- ¿ESTA RECLUIDO AL HOGAR? Sí No
- ¿RECIBE MEDICAID DEL ESTADO?... Sí No
- ¿CUIDA A OTRAS PERSONAS? Sí No

Si cuida a otras personas, ¿a quienes?

- Esposo/a Niño/a de edad 0-18 años
- Un niño adulto
- Padre/Madre Miembro de la Familia
- Otro/a: _____

Firma
(1er año o actualización del formulario)

Fecha

Firma – 2^{do} año
(Certifico que mi información no ha cambiado)

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Services Registered For:

- _____
- _____

New to This Service?

- Y N
- Y N

Nutrition Risk Assessment Score: _____

Site: _____

Notes: _____