

# Centro de Ayuda Red de Atención: Forma de Inscripción Común

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## DOCUMENTOS y DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primera Medio Apellido

Alias(s): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Cliente no sabe  Cliente negó  Datos no recogidos

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
mes fecha año

Veterano:  Si  No  Cliente no sabe  Cliente negó  Datos no recogidos

Género:  femenina  masculino  Transgénero M a F  Transgénero F a M  Cliente no sabe  Cliente se niega  Datos no recogidos

Raza Primaria:  Indígena Americana  Asiático  Negro o Africano Americano  Hawaiano Nativo o Islándico Pacífico  Blanco  Cliente no sabe  
 Cliente se niega  Datos no recogidos  Otro \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano/Latino  No Hispánico/Latino  Cliente no sabe  Cliente negó  Datos no recogidos

Estatus Marital:  Soltera (nunca se casó)  Casada  Separada  Divorciado  Viuda  Cliente no sabe  Cliente se niega  
 Datos no recogidos

Usted es una madre/padre soltera/o  Si  No

Número de niños o niñas abajo la edad de 18 años (quien está bajo el cuidado de usted) \_\_\_\_\_

Que es el nivel de educación que tiene: ?  Menos de Secundaria  Bachiller de secundaria o GED  Algo de Colegio  Escuela Técnica  
 Licenciatura  Cliente negó  Datos no recogidos

## INFORMACION DE DIRECCION

Tipo de Dirección:  Ambos-física y de correo  Física  Correo  Sin techo

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codico Postal \_\_\_\_\_

## METIDO DE CONTACTO

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Numero de casa  Celular  Mensajes por teléfono (SOLO)  No hay teléfono

Podemos mandar información sobre eventos, distribuciones de la comunidad, alertas vía mensaje de texto a esta número?  Si  No

Dirección de Email \_\_\_\_\_

## INCAPACIDADES

Tiene el cliente una incapacidad?  Si  No  Cliente no sabe  Cliente negó  Datos no recogidos

Si tiene incapacidad marca todo que aplica:  física  Salud mental  VIH/SIDA  Salud crónica  Visión disminuido  
 Oído disminuido  Hepatitis C  Desarrollo  Cliente negó  Otro \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE EMPLEO

Estatus de Empleo:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Desempleado  Jubilado  Ingreso de Deseabilidad de Seguro Social  Empleo temporal/ Labor diaria  Empleo estacional

Nombre del empresario: \_\_\_\_\_

# Centro de Ayuda Red de Atención: Forma de Inscripción Común

Ingreso total por mes: \$ \_\_\_\_\_

Cubierto por Seguro de Salud:  Si  No  Cliente no sabe  Cliente negó  Datos no recogidos

**Por favor nombra todos los miembros en la casa**

Todo el nombre legal (Primera, nombre media, apellido)	Fecha de nacimiento	Género (M, F, T)	Relación al Solicitante

Razón para la visita: \_\_\_\_\_