

Today's Date:

Chart #:

Solicitud de Servicios – Adulto/Adulta

Nombre Completo: _____ : <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Nombre Completo (Si Aplica Nombre De Soltera)
--

Numero de seguro Social: _____ **Ciudadanos Estadounidense # SSN Requerido No Ciudadanos NO Reportamos a Autoridades Migratorias**

Dirección/Ciudad/Estado/Area Postal _____ Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

Número de Telefono: _____ Número Alternativo _____

Como prefiere comunicacion? (Incluya Correo Electrónico) _____

Nombre Y Numero de Contacto de Emergencia _____ Relación a Cliente: _____

Información del Proveedor de Seguros _____

Tiene Guardián Legal/ Persona de Custodia? Incluya Nombre y Número de Telefono _____

¿Ha recibido tratamiento para su salud mental o abuso de sustancias químicas? NO YES/SI
 (Si) Donde, Cuando? Bajo que Nombre? _____

¿Actualmente tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo u otros?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/Si
Tiene alguna preocupación por su seguridad?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/Si
Busca Servicios de Residencia para Tratamiento de Abuso de Sustancias?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/Si

Como le podemos ayudar hoy? (Necesidades Inmediatas Relacionadas con Salud Mental o Abuso de Sustancias): _____

Ingreso Bruto Anual _____ Numero de personas que viven en misma residencia? _____
 Fuente de Ingresos (Marque los que apliquen a usted) Empleo SSI(Seguro Social) SSDI (Seguro Social de Discapacitados)
 Cupones de Alimentos TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
 Otro: _____

Tiene Seguro de Salud? NO Yes/Si, (Si) Cual, Incluya Numero de Identificacion _____

Raza ((Marque los que apliquen a usted): Nativo Americano Negro/Africano Americano Asiatico Blanco
 Nativo Hawaiano/Islands Del Pacifico

Etnicidad: Hispano/Latino Idioma Preferido: ENGLISH OTHER _____ Otros Idiomas: _____

Quien Refirió a Nuestros Servicios? Solo Otros

Si fue referido por La Corte/ Sistema Judicial, En Cual Condado fueron procedimientos legales? _____

Vive en la Calle? NO YES/Si (Si?) Cuanto tiempo a estado sin vivienda? _____

Ha estado sin vivienda alguna vez en los pasados 3 años? NO YES/Si (Si) Cuantas veces? _____

Necesita ayuda o equipo especial para recibir servicios? NO YES, IF (Si) Cual? _____

Status marital de aplicante: Soltero Casado Divorciado Separado Ultimo Grado Escolar? _____

Usa productos de Tabaco? (Incluya cigaros electricos, vaping)? (Si),Cuantas veces por dia? _____

Ha servido en Ejercito Militar? Si No (Si), Cuando, Posicion Militar?: _____

Algun miembro de familia ha servido en el Ejercito Militar? YES/Si NO (Si), Quien y cual sucursal?: _____