



# Formulario de admisión de clientes confidenciales

Toda la información es confidencial y se utiliza para solicitar subvenciones para financiar este programa..Por favor escriba legiblemente.

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

Total de miembros de la familia \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género

Tu nombre: \_\_\_\_\_  M  F  T

Otro adulto: \_\_\_\_\_  M  F  T

Relación: \_\_\_\_\_

Todos los niños en el hogar:

Fecha de nacimiento: Género Grado

M  F  T

Apellido

Premier Nombre

M  F  T

Apellido

Premier Nombre

M  F  T

Apellido

Premier Nombre

M  F  T

Apellido

Premier Nombre

Información del contacto:

Dirección postal (si es diferente de la física)

Dirección física \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Renta

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Propio

Texto

¿Qué te trae hoy al Centro de Recursos Cornerstone?

Boletín informativo

*Consentimiento para la divulgación de información: entiendo que The Cornerstone Resource Center, Omni Institute (una empresa de evaluación sin fines de lucro con sede en Denver) y Family Resource Center Association (una asociación de membresía sin fines de lucro de Family Resource Centers en Colorado) tendrán acceso a la información anterior a los efectos de la evaluación general del programa y la mejora del programa. TCRC, OMNI, PSSF y FRCA nunca aparecerán en ningún informe. Si me niego a compartir mi información, no se me negarán los servicios ofrecidos por el Centro de Recursos para la Familia o cualquier otra agencia afiliada al Centro de Recursos para la Familia.*

Imprimir nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

¿Habías estado antes en nuestro Centro?  Sí  No  
¿Cómo te enteraste de nosotros?

### ***Ingreso familiar mensual (antes de impuestos)***

- ¿Está usted u otro adulto en su hogar empleado a tiempo completo?  Sí  No
  - ¿Tiempo parcial?  Sí  No
- ¿Tiene vivienda estable?  Sí  No Si la respuesta es No, explique por qué.
- ¿En general, puede llegar a donde necesita ir utilizando un vehículo personal, un amigo o transporte público?  Sí  No
  - ¿Utiliza Medride para citas médicas?  Sí  No
- ¿Eres capaz de acceder a suficientes alimentos para alimentarte a ti y a tu familia?  Sí  No
  - En caso afirmativo, ¿recibe actualmente SNAP?  Sí  No
  - Si no, ¿le gustaría aplicar?  Sí  No
- ¿Terminaste la escuela secundaria u obtuviste tu GED?  Sí  No
  - Si la respuesta es No, ¿le gustaría recibir ayuda para obtenerlo?  Sí  No
- ¿Todos en su familia tienen seguro médico?  Sí  No
  - Si la respuesta es No, ¿le gustaría solicitar Medicaid?  Sí  No
- ¿Está usted o un miembro de su hogar actualmente embarazada?  Sí  No
  - ¿Quién?
    - ¿Fecha de vencimiento?
- ¿Visita a un dentista regularmente?  Sí  No
  - ¿Cuándo fue su última revisión?
- ¿Tiene cuidado de niños de calidad si es necesario?  Sí  No  Sin hijos  N/A
  - ¿Tiene dificultades para pagar el cuidado de los niños?  Sí  No
- ¿Están todos sus hijos en edad escolar matriculados en el año escolar actual?
  - Sí  No  Educación en el hogar  N/A
- ¿Alguien en su familia inmediata se dedica al trabajo agrícola migrante?  Sí  No
- **Raza/Etnicidad (Marque todo lo que corresponda)**
  - Indio americano o nativo de Alaska  Caucásico
  - Asiático  Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
  - Negro o afroamericano  Se negó a responder
  - Hispano o latino