



REGISTRATION/ELIGIBILITY FORM

Label

Client Name: _____
Last Name Middle Name First Name

Date of Birth: _____ **SSN:** _____ - _____ - _____ **Marital Status:** _____

Sex: Male Female **Do you have an Advance Directive:** Yes No **Email:** _____

What race or races do you most identify with?
 American Indian or Alaska Native Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander White

Do you consider yourself as:
 Hispanic Non-Hispanic
Language: English Spanish Creole Other _____

Phone Number-()-_____-_____-_____-
Phone Type: Cell Home Work Other
Best Time to Contact: Early Morning Morning Early Afternoon Late Afternoon Evening Late Evening

Residential Address: _____
City: _____ **State:** _____
ZIP: _____

Same as Residential Mailing Address:

City: _____ **State:** _____ **ZIP:** _____

Communication Preference: Mailing Residence Facility Address Alternate Address Cell Phone Home Phone Work Phone No Preference

ALL HOUSEHOLD MEMBERS & INCOME MUST BE LISTED BELOW:

| Name | Head of Household | DOB | SS# | Type of Income | Amount | Frequency | Employer |
|--------|--|-----|-----|----------------|--------|-----------|----------|
| Client | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| Spouse | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| Child | ----- | | | | | | |
| Child | ----- | | | | | | |
| Child | ----- | | | | | | |
| Other | ----- | | | | | | |

Earned Income:
 WS = Wages/Salary

SE – Self Employment

Unearned Income (monthly):

CS = Child Support
 A = Alimony
 US=Unemployment Compensation
 SS = Social Security

WC = Worker's Compensation
 VP=Veteran's Pension
 PA = AFDC
 OT = Other

Frequency:

WK = Weekly
 BW = Bi-Weekly
 MO = Monthly
 YR = Yearly

Do you pay Child Support? \$ _____ (monthly)

Do you pay Child Care? \$ _____ (monthly)

Insurance:

Medicare#: _____

Medicaid#: _____

Client/Parent/Guardian Signature: _____

Private Insurance: _____

Policy Holder Name: _____ Date of Birth: _____

Policy#: _____

Group#: _____

Date: _____



FORMULARIO DE REGISTRO/ELEGIBILIDAD

Label

Nombre: _____
 Apellido _____ Segundo Nombre _____ Primer Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Seguro Social:** _____ - _____ - _____ **Estado Civil:** _____

Sexo: Masculino Femenino **¿Tiene usted una Directiva por anticipado de cuidado médico?** Sí No **Correo electrónico:** _____

¿De qué raza o razas se considera usted?
 Indoamericano Nativa de Alaska Negro
 Afroamericano Nativo de Hawái
 De otras Islas del Pacífico Blanca

¿Se considera a sí mismo como?:
 Hispana No hispano
Idioma: inglés español creole
 otro _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____
Tipo de Teléfono Celular Casa Trabajo Otro
¿Cuál sería la mejor hora de contactarlo? (a):
 Temprano en la mañana En la mañana Temprano en la tarde Tarde Noche Tarde en la noche

Dirección de Residencia: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____
Código Postal: _____

Si es la misma que la dirección residencial
Dirección de Correo: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____
Código Postal: _____

Preferencia de Comunicación:
 Dirección Postal Dirección de Residencia
 Dirección del Centro o Trabajo Dirección Alternativa
 Teléfono Celular Teléfono de Casa
 Teléfono de Trabajo Ninguno

INGRESO FINANCIERO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

| | Nombre | Jefe de Familia | Fecha de Nacimiento | Seguro Social | Tipo de Ingreso | Cantidad | Frecuencia | Empleador |
|----------|--------|---|---------------------|---------------|-----------------|----------|------------|-----------|
| Cliente | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| Cónyuge | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| Niño (a) | | ----- | | | | | | |
| Niño (a) | | ----- | | | | | | |
| Niño (a) | | ----- | | | | | | |
| Otro | | ----- | | | | | | |

Ingresos de Trabajo:

WS = Salarios/Sueldos
 SE – Trabajo por cuenta propia

Ingresos no ganado (monthly):

CS = Manutención de los hijos
 A = Pensión alimenticia
 US = Compensación por Desempleo
 SS = Seguro Social

WC = Compensación al Trabajador
 VP = Pension de Veteranos
 PA = AFDC
 OT = Otro

Frecuencia

WK = Semanal
 BW = Cada dos Semanas
 MO = Mensual
 YR = Anual

¿Paga usted manutención de menores? \$ _____ (mensual)

¿Usted paga el cuidado infantil? \$ _____ (mensual)

Seguro Medico:

Medicare#: _____
 Medicaid#: _____

Seguro Privado: _____
 Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Numero de Poliza: _____
 Grupo #: _____

Firma del Cliente/ Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____