

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_

Segundo \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle y número \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_ Afiliación Militar: **Activo, Veterano, Dependiente, Ninguno**  
Número de Personas \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Cliente incapacitado? \_\_\_\_\_ En la Casa: \_\_\_\_\_

¿Fue dado de alta del hospital o sala de Emergencia en los últimos 7 días? \_\_\_\_\_ # of menores \_\_\_\_\_

¿Su familia esta experimentando la falta de vivienda? \_\_\_\_\_ Mujer cabeza de Familia? \_\_\_\_\_

**Ingresos mensuales de la Casa y su fuente\*\***

<u>Tipo</u>	<u>Cantidad</u>
Salarios/Ingresos	_____
Estampillas de Alimento	_____
Seguro Social	_____
Incapacidad	_____
Jubilación	_____
Pensión Alimenticia	_____
Desempleo	_____
Ingreso total mensual	_____

**Etnicidad:**

Hispano \_\_\_\_\_

No-Hispano \_\_\_\_\_

Hispano/Otro \_\_\_\_\_

Raza: *Favor cheque uno.*

Indio Am./Nativo de Alaska \_\_\_\_\_

Asiático \_\_\_\_\_

Moreno-a/Africano Americano \_\_\_\_\_

Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico \_\_\_\_\_

Blanco \_\_\_\_\_

Otro Multiracial \_\_\_\_\_

Diagnósticos/Razón de visita \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_

Seguro Médico \_\_\_\_\_ Medicare o Medicaid \_\_\_\_\_

**Por favor marque el tipo de asistencia solicitada:**

<input type="checkbox"/> Prescripción	<input type="checkbox"/> Materiales de incontinencia	<input type="checkbox"/> Equipo Médico
<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Materiales diabéticas	<input type="checkbox"/> Asistencia de gasolina para
<input type="checkbox"/> Orthodicos	<input type="checkbox"/> Extracción dental	<input type="checkbox"/> citas fuera de la ciudad
<input type="checkbox"/> Nutrición líquida	<input type="checkbox"/> Materiales de Ostomia	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Por la presente certifico que la información proveída es verdadera y correcta a la mejor habilidad según mi conocimiento. Falsificación de información puede resultar en la pérdida de servicios y consecuencias legales negativas. Esta información será usada para qualificar al programa de asistencia directa de Better Health of Cumberland County, Inc.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Agencia Refiriendo: \_\_\_\_\_ Nombre de Agencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_



Nombre de persona refiriendo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**\*\*Documentación propia debe ser presentada antes de que asistencia se pueda proveer.**  
Esta información está destinada solo para el uso de Better Health y puede contener información que es confidencial, privilegiada y exento de divulgación bajo las leyes aplicables. Si usted no es el destinatario previsto, cualquier divulgación, copia o distribución o uso de cualquiera de la información contenida en este formulario, es estrictamente prohibida. Si ha recibido esta información en error, favor de notificar a Better Health inmediatamente por teléfono y mandar la forma por correo a Better Health, 1422 Bragg Blvd., Fayetteville, NC 28301. Gracias.