

Direct Aid Referral Form
Spanish Version

1422 Bragg Boulevard
Fayetteville, NC 28301
Phone: (910) 483-7534
FAX: (910) 483-2157
information@betterhealthcc.org

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 Multí-racial

Diagnósticos/Razón de visita _____ **Doctor** _____

Seguro Médico _____ **Medicare o Medicaid** _____

Por favor marque el tipo de asistencia solicitada:

| | | |
|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| _____ Prescripción | _____ Materiales de incontinencia | _____ Equipo Médico |
| _____ Visión | _____ Materiales diabéticos | _____ Asistencia de gasolina para |
| _____ Orthodonticos | _____ Extracción dental | _____ citas fuera de la ciudad |
| _____ Nutrición líquida | _____ Materiales de Ostomia | _____ 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 quiliar 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.