



**Direct Aid Referral Form**

1422 Bragg Boulevard  
Fayetteville, NC 28301  
Phone: (910) 483-7534  
FAX: (910) 483-2157

Complete todas las categorías

Fecha de la Aplicación: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo Apellido

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle y número Ciudad Código Postal

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Afiliación Militaría \_\_\_\_\_

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

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

¿Mujer cabeza de Familia? \_\_\_\_ ¿Fue usted o su hogar afectado por Covid-19? \_\_\_\_

Etnicidad:  
Hispano \_\_\_\_\_  
No-Hispano \_\_\_\_\_  
Hispano/Otro \_\_\_\_\_

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

Tipo	Cantidad
Salario/Ingresos	_____
Estampillas de Alimento	_____
Seguro Social	_____
Incapacidad	_____
Jubilación	_____
Pensión Alimenticia	_____
Desempleo	_____
Ingreso total mensual	_____

**Raza: Favor cheque uno.**  
\_\_\_\_\_ Indio Am./Nativo de Alaska  
\_\_\_\_\_ Asiático  
\_\_\_\_\_ Moreno-a/Africano Americano  
\_\_\_\_\_ Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico  
\_\_\_\_\_ Blanco  
\_\_\_\_\_ Otro Multí-racial

Diagnósticos \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_ Extracción dental    \_\_\_\_ Prescripción    \_\_\_\_ Transportación    \_\_\_\_ Visión  
\_\_\_\_ Educación de diabetes    \_\_\_\_ Materiales diabéticas    \_\_\_\_ Materiales de incontinencia  
\_\_\_\_ Nutrición líquida    \_\_\_\_ Materiales de Ostomia    \_\_\_\_ Orthodicos    \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Por la presente yo certifico que la información proveída es verdadera y correcta a la mejor habilidad según entiendo y creo. Esta información será usada para quiliaricar para el programa de asistencia financiera del programa 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.