



Direct Aid Referral Form

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

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 ____

¿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	_____
Jubilacion	_____
Pension 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 Multi-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 diabéticas	____ Asistencia de gasolina para citas fuera de la ciudad
____ Orthodicos	____ Extracción dental	____ Otro: _____
____ Nutrición líquida	____ Materiales de Ostomia	

Por la presente certifico que la información proveida es verdadera y correcta a la mejor habilidad según mi conocimiento. Falsificación de información puede resultar en la perdida 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.