



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE SERVICIOS AL CLIENTE

Por favor responda a todas las preguntas para que podamos servirle mejor. Esta información es para propósitos de informes y no se compartirá con ninguna otra agencia externa o entidad.

Fecha de hoy: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: _____

Dirección del Cliente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Comentarios del Cliente / Testimonio:

¿Puede un miembro del equipo de Feeding South Florida contactarlo para compartir su experiencia y comentarios?

- Sí
 No

Referido por: DCF DOH Amigo/Familia Local de Personas de Tercera Edad Escuela
 Agencia Asociada Otro _____

Actualmente recibe usted o algún miembro de su familia recibe alguno de los siguientes:

- Medicaid FLORIDA KIDCARE SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria)
 SSI (Seguro de Ingreso Suplementario) TCA (Asistencia Temporal en Efectivo) WIC (Mujeres, Bebés y Niños)

Residencia:

Ingreso: \$ _____

- Semanal
 Quincenal
 Mensual
 Annual

- Alquiler
 Dueño
 Refugio/Alojamiento Temporal/Hotel
 Viviendo con amigo/miembro de la familia
 Sin hogar/En necesidad de vivienda
 HUD/ Sección 8
 Vivienda permanente con apoyo (supported housing)/Carrfour

Estado de Empleo:

- Actualmente empleado a tiempo completo
 Actualmente empleado a tiempo parcial
 Desempleado
 Discapacitado
 Estudiante
 Retirado

Educación:

- Algo de Escuela Secundaria
 Diploma de Escuela Secundaria/GED
 Algo de Universidad
 Vocacional
 Asociado
 Bachillerato
 Maestría
 Doctorado

Seguro de Salud:

- Hogar Asegurado
 Household sin Seguro
 Algunos miembros del hogar asegurado y algunos sin seguro

