**Formulario Básico de Admisión**

¡Bienvenido! Cuéntenos un poco sobre usted para que podamos ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Pedimos información demográfica para cumplir con los requisitos de nuestros financiadores. Toda su información personal es confidencial. Consulte las preguntas frecuentes que se incluyen para obtener más información y orientación sobre cómo llenar este formulario.

|  |
| --- |
| **Contacto e Información Demográfica:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Segundo Nombre:** | |  |
| **Apellido:** |  | | **Apodo:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de nacimiento:** | | | | | |  | | | | **Edad:** |  | |
| **Dirección particular** Línea 1: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |
| **Dirección postal** Línea 1: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Dirección postal Igual que la dirección de casa** |  |   **Inicio Ubicación Comentarios** (indicaciones adicionales sobre la dirección particular o postal): |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono particular:** | |  | **Teléfono celular:** |  |
| **Correo electrónico:** |  | | | |

|  |
| --- |
| **Género:**  Masculino  Femenino  No binario/Tercer género |

**Me identifico como:**  Transgénero  Cisgénero (identificarse con su género al nacer)

|  |  |
| --- | --- |
| Género, si no indicado: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Origen étnico:**  Hispano o latino  No hispano ni latino | | | |
| **Raza, marque todo lo que corresponda:** | | | |
| Indígena americano o Nativo de Alaska | | Del Oriente Medio o Del Norte de África | |
| Asiático o Asiático estadounidense | | Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico | |
| Negro o Afroamericano | | Blanco | |
| Raza, si no indicada: |  | | |
| **Vive:**  Solo  Con otras personas | | | | |
| **Número de personas que viven en su hogar** (incluido usted): | | | |  |

**¿Sus ingresos son superiores o inferiores a la cifra establecida para el tamaño de su hogar?**

Superiores  Iguales/Inferiores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tamaño del grupo familiar | Ingresos mensuales | Ingresos anuales: |
| 1 | $1,255 | $15,060 |
| 2 | $1,703 | $20,440 |
| 3 | $2,152 | $25,820 |
| 4 | $2,600 | $31,200 |
| 5 | $3,048 | $36,580 |
| 6 | $3,497 | $41,960 |
| 7 | $3,945 | $47,340 |
| 8 | $4,393 | $52,720 |
| Por cada persona adicional, agregue $5,380 a los ingresos anuales | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **Necesidades de Comunicación y Servicios:** |

**Seguro médico** (marque todo lo que corresponda):

Medicare  Medicare Advantage (Parte C)  Medicaid  Exención de Medicaid

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Privado | Ninguno | Otro, si no indicada: |  |

**¿Desea conocer otros servicios?** Sí  No

**En caso afirmativo, ¿cómo podemos ponernos en contacto con usted?**

Correo electrónico  Correo postal  Teléfono

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué servicios le interesarían?** |  |
|  | |

**¿Le interesaría aprender sobre nutrición y una alimentación saludable?**

Sí  No

A qr code on a white background

Description automatically generatedSi es si, está invitado a inscribirse a Text2LiveHealthy, un programa de educación sobre nutrición que se le entrega a través de un mensaje de texto. Escanee este código QR con la cámara de su teléfono para inscribirse o envíe un mensaje de texto con la palabra FRUTA al 97699.

Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Envíe AYUDA para obtener información o envíe ALTO al 97699 para cancelar su suscripción. No es necesario comprar. Para obtener más información, visite: <https://coloradosph.cuanschutz.edu/text2livehealthy>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contacto de Emergencia:** | | | |
| **Nombre:** |  | | |
| **Teléfono:** |  | **Parentesco:** |  |

**Divulgaciones y Exenciones**

*Fui informado de las políticas relativas a los aportes voluntarios, los procedimientos para presentar quejas y los derechos de apelación. Soy consciente de que, para recibir los servicios solicitados, puede ser necesario compartir información con otros departamentos o proveedores de servicios y doy mi consentimiento para ello.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma:** |  | **Fecha:** |  |

***Para uso exclusivo de la oficina –***

*(Si lo completa un asesor o lo hace por teléfono, pídale que marque aquí y que firme a continuación)* )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Llenado por:** |  | **Fecha:** |  |

**DELETE THE FOLLOWING PAGES BEFORE PROVIDING THE FORM TO CLIENTS**

**Basic Intake Form Instructions**

**Services that can use the Basic Intake form for meeting minimum state and federal client registration and reporting requirements:**

* Assisted Transportation
* Counseling
* Evidence-Based Health Promotion
* Material Aid
* *SNAP-ED* *Fresh Conversations* Nutrition Education (currently, *SNAP-ED* *Fresh Conversations* is the only Nutrition Education program that requires client registration)
* Reassurance
* Screening
* Transportation
* Vouchers for all services that fall into the service categories above
* Services where registering clients and demographic data collection is optional - AAAs can also use this form for registering clients in services where registration is not required by state or federal reporting guidelines, including:
  + Education
  + Nutrition Education (if registration for the nutrition education program is not required)
  + Information and Assistance
  + Outreach

**All clients filling in the Basic Intake Form should be provided with:**

* Client Information/FAQs sheet
* Disclosures/Waivers sheet

**Demographic Questions:**

The following demographic information is required for federal reporting and the questions are required on all forms. Clients can choose to refuse to answer any of the questions, but they need to be given an informed choice about whether to provide their demographic information. This information must be entered into the SUDS Client record for all clients receiving services that require registration:

* DOB (to calculate age as of the end of the Federal Fiscal Year)
* Gender
* Zip code (to determine non-rural/rural geography)
* Ethnicity
* Race
* Lives With
* Poverty (income above or at/below poverty)

**Collecting Additional Client Information:**

* You can collect more client information on your region’s assessment forms than the minimum information required by the SUA Standard Assessment Forms.
* Check the Optional Assessment Questions and Alternative Wording documents for ideas on collecting more client information
* For SUDS Data Entry (if applicable), double check where to enter info & train staff/providers on data entry
* You can also add your own local questions that are not listed in the Optional Assessment Questions. If you would like to enter this information into SUDS, get in touch with the SUDS Help Desk for guidance.

**Waitlist and Targeting Considerations:**

* Some services that can use this form may require additional questions based on a region’s waitlist and targeting prioritization criteria.
* Waitlist and targeting prioritization may differ by region and service, and we do not include all possible prioritization questions on the Standard SUA Assessment Form.
* Please follow the directions above on Collecting Additional Client Information for adding Waitlist and Targeting Prioritization questions to your forms