TEXAS Department of Aging and Disability Services

Forma 2276-S
Julio de 2014-E

Registro inicial del cliente y solicitud de servicios

Agencia del Área para Adultos Mayores de _____

Esta forma contiene información exigida por el proveedor de servicios local, la Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) y el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas. Toda la información se mantendrá confidencial y se protegerá contra el uso no oficial. La información obtenida mediante el proceso de registro inicial o una valoración se puede divulgar para planear, coordinar y prestar los servicios eficazmente para satisfacer las necesidades individuales de la persona.

☐ **La divulgación de información se ha explicado claramente a la persona.**

Fecha	Número de identificación de la persona	Idioma principal de la persona		
Apellido	Nombre			Inicial
Dirección/Núm. de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono	Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		

Grupo étnico (Marque su respuesta):

☐ (1) Hispano o latino
☐ (2) No hispano o latino
☐ (3) No se indicó el grupo étnico

Grupo racial (Marque todos los que apliquen):

☐ (1) Blanco no hispano
☐ (2) Blanco hispano
☐ (3) Indio americano/nativo de Alaska
☐ (4) Asiático
☐ (5) Negro o afroamericano
☐ (6) Nativo de Hawai/de las islas del Pacífico
☐ (7) Otro
☐ (8) No se indicó el grupo racial

Estado civil (Marque su respuesta):

☐ (1) Casado
☐ (2) Viudo
☐ (3) Divorciado
☐ (4) Separado
☐ (5) Soltero, jamás casado
☐ (6) No se indicó

¿Vive sola la persona? ☐ **Sí** ☐ **No**

Número total de los miembros del hogar contando a la persona: _____

Ingresos mensuales del hogar: _____ ☐ Ingresos bajos ☐ Ingresos moderados ☐ Ingresos altos

Niveles de bajos ingresos para: hogar de una persona: $11,490; hogar de dos personas: $15,510; sume $4,020 por cada persona adicional.

Ingresos mensuales de:	**Persona**	**Esposo/a**
Trabajo	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Seguridad de Ingreso Suplementario	_____	_____
Asuntos de Veteranos	_____	_____
Otras fuentes	_____	_____
Otros beneficios (por ejemplo, beneficios de comida del Programa SNAP)	_____	_____

Información del contacto en caso de emergencia

Nombre del contacto	Relación	Teléfono
Doctor	Teléfono	
Servicios solicitados		

¿Recibe beneficios de...? ☐ Medicare Núm. de Medicare: _____ ☐ Medicaid Núm. de Medicaid: _____

Enviado a servicios por:

- ☐ Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas
- ☐ Departamento de Servicios Auxiliares y de Rehabilitación de Texas
- ☐ Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas
- ☐ Organización de Atención en el Hogar y en la Comunidad
- ☐ Un familiar
- ☐ Otra
- ☐ Doctor ☐ Hospital ☐ Centro de atención con la vida diaria

_____ Firma del personal de la AAA o del proveedor que llena esta forma

_____ Fecha

To be completed by AAA/Provider Staff - Lo debe llenar el personal de la AAA o del proveedor

Nutrition Services: If participant is “other Older Americans Act (OAA) or NSIP eligible participant under 60 year of age," check which of the following applies:

- ☐ (1) Spouse is eligible and participates at the nutrition site
- ☐ (2) Serves as volunteer at the nutrition site in accordance with OAA standards.
- ☐ (3) Disabled/resides in the housing facility and wants to participate in the congregate meal program provided at the site.
- ☐ (4) Disabled and lives with the person participating in the congregate meal program.