TEXAS
Health and Human 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.