



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor, rellene toda la información en este formulario. Si necesita ayuda, hable con alguien de nuestro personal.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Edad: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: _____ SS#: _____

Dirección: _____ Apt #: _____ Teléfono: Casa: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Trabajo: _____

Email: _____ Preferencia de Contacto: _____ Celular: _____

Idioma Primario: _____ Preferencia Religiosa: _____

Raza: Blanco Negro Asiático Indio Americano Nativo de Alaska Nativo Hawaiano Isleño Del Pacífico Multirracial

Etnia: Puertorriqueño Mexicano Cubano Otro Hispano Haitiano Mexicano Americano
(marque una opción) Español/Latino Ninguna de los anteriores

Estado Civil: Nunca Casado Casado Viudo Divorciado Separado Pareja de Hecho Legalmente Separado

Estatus de Empleo: Militar Activo Tiempo Completo Independiente TC Tiempo Parcial Independiente TP

Desempleado Discapacitado Jubilado Estudiante Ama de Casa Permiso de Ausencia Recluso Penal No autorizado para trabajar

Educación Más Alta Completada: _____ Escuela Actual: _____

Estatus Residencial: Vida independiente solo Vida independiente, con parientes Vida independiente, con personas sin parentesco Vida dependiente, c/parientes Vida dependiente, c/personas sin parentesco Sin Hogar Hogar Grupal Cárcel Centro de Vida Asistida Instituto de Salud Mental Hogar de Ancianos Vivienda Asistida Hogar de Acogida Instalaciones del DJJ Residencias de Crisis Residencia de Tratamiento Infantil Centro de Vida Asistida con Licencia de Salud Mental Otro

Número Total de personas que viven en el hogar _____

¿Alguna vez ha sido conocido por otro nombre o antiguo alias?: No Sí Nombre: _____

Nombre/Apodo Preferido: _____

Remitido por: _____ Teléfono de Referencia: _____

¿Tiene un plan de casos abierto de bienestar infantil?: Sí No Veterano: Sí No

¿Alguna vez ha recibido servicios aquí antes? No Sí En caso afirmativo, cuándo: _____

IDENTIFIQUE LOS FACTORES DE DISCAPACIDAD:

Discapacidades del Desarrollo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad Física:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
No Ambulatorio:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad Visual:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sordo o con problemas de audición:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Funcionalidad en vida diaria:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Idioma Inglés Severamente Limitado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Incapacidad para llevar una vida diaria independiente)	

¿Qué ayudas auxiliares, servicios o asistencia necesita para ayudarle a comunicarse con nosotros? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA / PADRE / TUTOR LEGAL (encierre una en un círculo)

Nombre: _____ Teléfono: Casa: _____

Dirección: _____ Apt #: _____ Trabajo: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Parentesco: _____

BENEFICIOS MÉDICOS

¿Tiene algún seguro? Sí No **Medicaid** **Medicare** **PPO/HMO Comercial**

Autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar esto o un reclamo relacionado a:

Nombre y dirección de la aseguradora _____ ID de miembro: _____

Autorizo el pago de beneficios a Directions for Living.

Firma del Cliente _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono #: _____
Otro Médico Tratante: _____ Teléfono #: _____
Especialista en Manejo del Dolor: _____ Teléfono #: _____

AUTORIZACIÓN DE SERVICIO / CONSENTIMIENTO PARA TRATAR / CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

Mi firma a continuación certifica que:

- 1) Doy permiso al personal de Directions for Living para prestar servicios de salud mental / tratamiento y/o prevención de abuso de sustancias a la persona nombrada a continuación, ya sea en persona o a través de telesalud o telefónico.
- 2) He recibido una copia del manual del cliente, que también está disponible para descargar aquí http://directionsforliving.org/your_visit/ que incluye información sobre:
 - Misión Organizativa
 - Directiva Anticipada
 - Horario de Atención
 - Procedimientos de Emergencia
 - Aviso de Prácticas de Privacidad
 - Servicios de Tratamiento
 - Derechos y Responsabilidades del Cliente
 - Control de Enfermedades Infecciosas
 - Procedimientos de Presentación de Quejas
- 3) He recibido la información de educación sobre el VIH/SIDA y entiendo que puedo solicitar más información sobre las pruebas y otros servicios en cualquier momento.
- 4) Doy mi consentimiento para ser contactado por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto con respecto a mis citas.
- 5) Entiendo que puedo ser contactado acerca de mis servicios en Directions for Living durante o después de los servicios para propósitos de mejora de calidad.
- 6) Entiendo que es posible que se requiera que Directions envíe información estadística y demográfica como mi edad, número de seguro social y/o ingresos a ciertas agencias locales, estatales y/o federales para proporcionar mis servicios. También entiendo que puedo pedir información más específica con respecto a esto en cualquier momento.
- 7) Estoy proporcionando este consentimiento para los servicios de tratamiento y/o prevención voluntariamente y entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Nombre del Cliente Escrito _____

Firma del Cliente _____

Fecha _____

Firma del Padre / Tutor (si corresponde) _____

Fecha _____

Parentesco con el Cliente _____

Testigo _____

Fecha _____


Directions for Living
LIFE GETS BETTER HERE.
**FORMULARIO DE
TARIFA FINANCIERA**

Fecha: _____

Pago basado en:

Medicare Medicaid Plan de Salud de Pin. Cty Pago Propio/Sin Seguro

Comercial: _____ **Nombre del Seguro:** _____

Ingresos Mensuales del Cliente: \$ _____ Otros Ingresos Mensuales: \$ _____

Ingresos Anuales del Hogar: \$ _____

Número total de personas mantenidas por los ingresos familiares anuales: _____

Tipo de Verificación de Ingresos:

Recibo de Nómina Recibo de Desempleo W2/ 1099
 Carta de Apoyo Recibo del SSI Autoinformado
 Otro: _____

Ingresos verificados por (nombre del personal) : _____

** La verificación de ingresos mencionada anteriormente debe copiarse y colocarse en el registro del cliente
** Se completará trimestralmente excepto TANF que es cada 30 días*

A continuación, se completará con FSR para AOP/COP/Médico:

Califica para IDP: Si No
Pago Propio \$: _____ Escala Móvil %: _____

Motivo de la tarifa completa: _____ (Nombre del seguro que no aceptamos)

Tarifas del Servicio de Terapia

Honorarios por Servicios Médicos

Evaluación: \$ _____ Evaluación Psiquiátrica \$ _____
Terapia Grupal: \$ _____ Visitas de Seguimiento de Medicamentos \$ _____
Terapia: \$ _____

Firma del Rep. De Svcs Financieros.

Fecha

Firma del Cliente/Tutor

Fecha

** Por favor entregue una copia al cliente y coloque el original en el Archivo del cliente.*

Nombre del Cliente: _____

Cliente #: _____

NATIONAL VOTER REGISTRATION ACT

Formulario de Preferencia y Solicitud de Registrar

Preferencia de cliente (Marcar solo una casilla en 1. o 2.)

Si usted no marca ninguna casilla, a usted se le considerará como si no hubiese elegido inscribirse para votar o actualizar su inscripción como votante en este momento.

1. Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, le gustaría inscribirse para votar hoy?

Sí No, yo declino.

2. Si usted está inscrito para votar donde vive ahora, le gustaría actualizar su inscripción?

Sí No, yo declino.

CLIENTE: _____
Nombre or número de identificación Fecha

SÓLO USO OFICIAL EXCLUSIVO

(Marcar todo que aplica)

[Nota: Solamente el cliente elegible puede declinar o aceptar la oportunidad de inscribirse o de actualizar su inscripción.]

1. Cliente aplicó: para nuevo servicios/ayuda
 para renovar servicios/ayuda para cambiar de dirección

2. Manera de aplicar: en persona en teléfono
 en casa por el Internet o ordenador

3. Cliente: Entregó su solicitud.
 Fue mandado el formulario de preferencia y solicitud que la mandamos el ___/___/___ (fecha).
 No rellenó su solicitud o llevó la solicitud con ello.

Guardar este parte de formulario de preferencia por dos años desde la fecha firmada (DS-DE 77-SPN; rev. 11-2011)

=====Aviso de Derechos=====

Ayuda: Si usted quisiera ayuda para llenar la solicitud de inscripción para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar or aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar este solicitud en privado.

Beneficios: Inscribirse o declinar inscribirse no afectará la cantidad de ayuda que una agencia de asistencia le puede dar a usted.

Privacidad: La información siguiente permanecerá confidencial y no podrá utilizarse para ningún propósito, aparte de la inscripción para votar: 1) Su decisión de no inscribirse para votar o de no actualizar su registro, y 2) La información relacionada con la oficina en que eligió de inscribirse o actualizar su inscripción o de declinar de hacerlo.

Queja Formal: Si usted cree que alguien ha entrometido con su derecho a inscribirse o declinarse a inscribirse para votar, con su derecho a la privacidad sobre su decisión de inscribirse o actualizar su inscripción, o con su derecho a elegir su propio partido político o otra preferencia político, usted puede presentar una queja formal con el Secretario del Estado. Mandálo a: Florida Department of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Se pueden conseguir este formulario/solicitud a llamar 1-850-245-6200 o a visitar la página web: <http://election.dos.state.fl.us/NVRA/index.shtml>.

[autoridad: National Voter Registration Act (42 U.S.C. 1973gg); artículos 97.023, 97.058 y 97.0585, F.S.]

Para inscribirse para votar en Florida, Usted Debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos (un residente permanente legal no puede inscribirse ni votar)
- Tener por los menos 18 años (puede inscribirse antes si tiene 16 o 17 años aunque no puede votar hasta que tiene 18 años)
- Ser residente de Florida
- Si ha sido condenado por un delito mayor or si ha sido declarado mentalmente incapacitado para votar, a menos, tiene que restablecer su derecho de votar antes de inscribirse

Si no cumple estos requisitos, usted no es elegible para inscribirse para votar.

Donde inscribirse:

- Una oficina de cualquier supervisor electoral en Florida
- Una oficina para obtener la licencia de conducir
- Una agencia de inscripción de votantes (como una oficina de asistencia pública, oficina de asistencia para personas con discapacidad, oficina de reclutamiento para militares, o la biblioteca pública.), o
- La División de Elecciones.

Usted puede mandar por correo o entregar en persona la solicitud a unas de las oficinas susodichas

Si lo manda, enviar con franqueo suficiente a:

Division of Elections
R.A. Gray Building
500 S. Bronough Street
Tallahassee, Florida 32399-0250

(información de contacto: 850-245-6200; <http://election.dos.state.fl.us>)

Su Supervisor electoral se ponen en contacto con usted si su solicitud no está completa, si la deniega o si repita una inscripción actual. Una vez que usted está inscrito para votar, le enviarán una tarjeta de información del votante por correo.

***** Pasa a la página siguiente por información y la solicitud de inscripción de votante *****



Inscripción electoral para Florida

Parte 1 - Instrucciones

Para inscribirse para votar en Florida, debe ser: Ser ciudadano de los Estados Unidos (EE UU); ser residente de Florida; tener por los menos 18 años (puede inscribirse antes a los 16 o 17 años pero no podrá votar hasta que tiene 18 años).

Si ha sido condenado por un delito mayor o si ha sido declarado (por un tribunal) mentalmente incapacitado para votar, a menos, tiene que reestablecer su derecho de votar antes de inscribirse.

Si no cumple ninguno de estos requisitos, usted no es elegible para inscribirse.

Donde inscribirse: Puede inscribirse a votar en persona o entregar su solicitud por correo o en mano a una oficina de cualquier supervisor electoral, oficina para obtener licencia de conducir, agencia de inscripción de votantes (como una oficina de ayuda pública, oficina de ayuda para personas discapacitadas, la biblioteca pública, o oficina de asistencia electoral para militares) o La División de Elecciones. *Si envía la solicitud por correo, añadir franqueo suficiente.*

Fecha límite para inscribirse: La fecha límite para inscribirse es 29 días antes de la elección en que quiere votar. Puede actualizar su inscripción en cualquier momento, pero si quiere cambiar su partido por la elección primaria, lo tiene que hacer por la fecha límite para inscribirse. Por una nueva solicitud, se notificarán si está incompleta o denegada o si duplica su inscripción actual. Si es una nueva solicitud y cumple con los requisitos para votar, le enviarán una tarjeta de información del votante que indicará que está inscrito.

Requisitos de identificación: Para inscribirse por la primera vez, deberá presentar su número de licencia de conducir de Florida o de identificación de la Florida. Si no tiene ningunos de estos dos, deberá presentar las últimas cuatro cifras de su número del Seguro Social. Si acaso no ha recibido ninguno de estos números, usted deberá escribir la palabra "Ninguno." Si no presenta ningún número o no escribe "Ninguno," puede resultar en que no aceptan su inscripción. Refiere s.303, HAVA y section 97.053(6), Fla. Stat.

Requisitos especiales de identificación: Si usted va inscribirse por correo, y nunca ha votado en Florida, y no ha recibido ninguno de los números de identificación susodicho, usted deberá presentar con este solicitud o a cualquier tiempo antes de votar, una copia de uno de los siguientes formas de identificación (ID):

- Un ID que muestra su nombre y foto (*acceptable IDs*)—Pasaporte de los Estados Unidos, tarjeta de debito/credito, ID de militar, ID de estudiante, ID de centro de jubilación, ID de asociaciones de vecinos or ID de ayuda pública; o
- Un ID que muestra su nombre y domicilio actual de residencia (documentos acceptable)— factura de servicios públicos, estado de cuenta bancario, cheque del gobierno, cheque de pago, o otro documento emitido por el gobierno.

Excepciones: Si usted cumple con uno de los siguientes, no tiene que presentar un documento de ID para inscribirse: Tiene por los menos 65 años, es una persona con un discapacidad física transitorio o permanente, es miembro activo de las fuerzas armada o de la marina mercante que, por estar en servicio (o la familia de tal miembro activo), no se encuentra en el condado, o es persona que actualmente reside fuera de los EE UU pero es elegible para votar.

Su afiliación a partidos: Florida es un estado de primaria cerrada. Eso quiere decir que si quiere votar en una elección primaria para candidatos de partidos, usted deberá estar inscrito en el partido para el cual se realice la elección primaria. Sin obstante, todos los votantes inscritos pueden votar en la elección primaria sobre distintas cuestiones, candidatos no partidista y por candidatos que no tendrán oposición en elecciones generales.

Marca el partido política (sea de la mayoría o menor) con que quiere ser inscrito. Si no marca nada or escribe "ninguno", se registrarán sin partido. Para obtener una lista corriente de todos los partidos de la Florida, dirijase en apartado "Por Los Votantes" a la página de Internet de la División de Elecciones a: <http://election.dos.state.fl.us>.

Raza o grupo étnico: Aunque no es obligatorio de escribir su raza o grupo étnico, la información es para administrar la Ley Federal de Derechos del Votante. En caso afirmativo, escriba la opción que mejor describa su raza o grupo étnico de la lista. Indígena norteamericano o nativo de Alaska, Asiático o isleño del Pacífico, Negro (no de origen Hispano), Hispano, Multirracial, Blanco (no de origen Hispano), o Otro.

Aviso sobre documento público: Una vez entregada, esta solicitud pertenece a domino público menos la información siguiente que será usado solamente para inscribirse a votar y no es público: su número de licencia de conducir de Florida, su número de tarjeta de identificación de la Florida, y su número de seguro social, la oficina en la cual usted se haya inscrito o en la cual haya decidido de no inscribirse. Aunque se pueden ver su firma, su firma no puede ser copiada. (Section 97.0585, Fla. Stat.)

Aviso de delito mayor: Si usted entrega información falso, usted podrá ser condenado por delito mayor de tercer grado y obligado a pagar una multa de hasta \$5,000 y/o será encarcelado por hasta cinco años.

Preguntas: Para más información, llama su supervisor electoral de su condado o referirse al página web: <http://election.dos.state.fl.us>.

Inscripción electoral para Florida

Parte 2 - Formulario nacional de inscripción

¿Es usted ciudadano de Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Este espacio sólo para uso de la oficina. (This space is for office use only.)	
¿Habrá cumplido los 18 años de edad para el día de las elecciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contestó "No" a alguna de estas preguntas, no llene el formulario. (Vea también las instrucciones específicas de su estado sobre la posibilidad de inscribirse antes de los 18 años de edad).			
1	(marque uno con un círculo) Apellido	Primer nombre	Segundo nombre (marque uno con un círculo)
2	Dirección donde vive	No. de depto. o lote	Ciudad/Localidad Estado Código postal
3	Dirección donde recibe su correo, si es diferente a la de más arriba		Ciudad/Localidad Estado Código postal
4	Fecha de nacimiento	5	Número de teléfono (optativo)
Mes Día Año			
6	Número de identificación (Vea el número 6 en las Instrucciones de su estado)		
7	Selección de partido político (Vea el número 7 en las instrucciones de su estado)		
8	Raza o grupo étnico (Vea el número 8 en las instrucciones de su estado)		
9	Leí las instrucciones de mi estado y juro/afirmo que: <ul style="list-style-type: none"> ■ Soy ciudadano de Estados Unidos. ■ Cumpló con los requisitos de mi estado y presto cualquier juramento requerido. ■ La información que proporcioné es verdadera según mis mejores conocimientos, bajo pena de perjurio. Si proporcioné información falsa, se me puede multar, encarcelar o (si no soy ciudadano de EE UU), deportar de o denegar entrada a Estados Unidos. 		
		Firme su nombre completo (o ponga su marca) ▲	
		Fecha: Mes / Día / Año	

Si esta solicitud es para un cambio de nombre, ¿cómo se llamaba antes de cambiar de nombre?

A	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	(marque uno con un círculo)
B	Calle (o número de ruta y casilla)	No. de depto. o lote	Ciudad/Localidad/Condado	Estado Código postal

Si vive en una zona rural, pero no tiene un número de calle, o si no tiene dirección, muestre en el mapa dónde vive.

C	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escriba el nombre de las calles que cruzan más cerca de donde vive. ■ Ponga una X para mostrar el lugar en que vive. ■ Ponga un punto para mostrar las escuelas, iglesias, tiendas u otros puntos de referencia y escriba el nombre del punto de referencia. 		NORTE ↑
---	--	--	---------

Si el solicitante no puede firmar, ¿quién ayudó al solicitante a llenar esta solicitud? Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono. (El número de teléfono es optativo).

D	
---	--