



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 \_\_\_\_\_  No  Sí Nombre: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido conocido por otro nombre o antiguo alias?:

Nombre/Apodo Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono de Referencia: \_\_\_\_\_

Remitido por: \_\_\_\_\_

¿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:  Sí  No  
No Ambulatorio:  Sí  No  
Sordo o con problemas de audición:  Sí  No  
Idioma Inglés Severamente Limitado:  Sí  No

Discapacidad Física:  Sí  No  
Discapacidad Visual:  Sí  No  
Funcionalidad en vida diaria:  Sí  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:

\_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección de la aseguradora

Autorizo el pago de beneficios a Directions for Living.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_  
Otro Médico Tratante: \_\_\_\_\_  
Especialista en Manejo del Dolor: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Teléfono #: \_\_\_\_\_  
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.
- 2) He recibido una copia del manual del cliente, que también está disponible para descargar aquí <https://directionsforliving.org/getting-started-with-care/> 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 el uso de la inteligencia aumentada y la inteligencia artificial (IA) puede ser utilizado como herramienta para apoyar diversos aspectos de la práctica clínica, como la documentación o el resumen de información clínica que se almacenará electrónicamente en mi historial médico y para facilitar la toma de decisiones clínicas acertadas; sin embargo, dicho uso requiere supervisión humana y mi proveedor responsable es quien debe revisar y aprobar toda la documentación generada mediante inteligencia aumentada o IA para verificar su exactitud antes de que se archive electrónicamente en mi historial médico
- 6) 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.
- 7) Entiendo que las Directrices para la Vida pueden estar obligadas por ley a presentar información estadística y demográfica, como mi edad, número de seguridad social y/o ingresos, a ciertas agencias locales, estatales y/o federales, tal y como se establece en la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Entiendo que mis registros relacionados con el diagnóstico, tratamiento o derivación de trastornos por consumo de sustancias están protegidos por la ley federal (42 CFR Parte 2). Entiendo que la información puede compartirse según sea necesario para el tratamiento, supervisión, facturación y operaciones, según lo permita la ley. Entiendo que cualquier persona que reciba mi información sobre trastornos por consumo de sustancias tiene prohibido volver a divulgarla a menos que dé mi consentimiento por escrito o que la divulgación esté permitida por otra forma por ley federal. También entiendo que puedo pedir información más específica sobre esto en cualquier momento. 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.
- 8) Estoy dando este consentimiento para el tratamiento y/o los servicios de prevención de forma voluntaria y entiendo que tengo derecho a 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



**FORMULARIO DE TARIFA FINANCIERA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Cliente #: \_\_\_\_\_

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

Comercial      **Nombre del Seguro:** \_\_\_\_\_

**Ingreso total anual del hogar:** \$ \_\_\_\_\_

**Número total de personas mantenidas por los ingresos anuales:** \_\_\_\_\_

**Tipo de verificación de ingresos proporcionada (si corresponde):**

- Talones de pago       desempleo       W2/1099
- Carta de apoyo       seguridad social       Autoinformado
- Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Team Member Signature

\_\_\_\_\_  
Date

*\*New FFF to be completed when there are coverage changes, or at minimum annually (except TANF which is every 30 days)*

**\*\*SUBMIT COMPLETED FORM TO [reimbursement2@directionsforliving.org](mailto:reimbursement2@directionsforliving.org)**

**To be completed by reimbursement department (reviewed with client)**

Sliding Fee Scale Eligible:  Yes  No

Flat Rate: \$ \_\_\_\_\_ **OR** %: \_\_\_\_\_      Qualify for IDP (Adults only):  Yes  No

**Calculated Fees (Copay, Coinsurance, Full-Fee, or Non-Par Provider):**

Assessment: \_\_\_\_\_ (non-par) \_\_\_\_\_      Psych Eval (MD): \_\_\_\_\_ (non-par) \_\_\_\_\_

Counseling: \_\_\_\_\_ (non-par) \_\_\_\_\_      Psych Eval (APRN): \_\_\_\_\_ (non-par) \_\_\_\_\_

Group: \_\_\_\_\_ (non-par) \_\_\_\_\_      Med Management: \_\_\_\_\_ (non-par) \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Team member signature (attestation of review with client)

\_\_\_\_\_  
Date

# 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"> <li>■ Soy ciudadano de Estados Unidos.</li> <li>■ Cumpló con los requisitos de mi estado y presto cualquier juramento requerido.</li> <li>■ 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.</li> </ul>		
		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"> <li>■ Escriba el nombre de las calles que cruzan más cerca de donde vive.</li> <li>■ Ponga una X para mostrar el lugar en que vive.</li> <li>■ Ponga un punto para mostrar las escuelas, iglesias, tiendas u otros puntos de referencia y escriba el nombre del punto de referencia.</li> </ul>		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	
---	--