

IMPACTO del Sur de Arizona

Forma de Registro del Cliente

Office Use

HH#: _____

Date: _____

Employee Initial: _____

Proof of Residence Type: _____

Fecha: _____ Condado de Residencia: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Sin Hogar

Mujer Cabeza del Hogar

- (Raza) 1. Indio Norteamericano/Habitante de Alaska 2. Isleño Asiático/pacífico 3. Negro/Africano Norteamericano 4. Asiático & Blanco 5. Indio Americano o Nativo de Alaska & Afroamericano
6. Asiático 7. Indio Americano o Nativo de Alaska & Blanco 8. Blanco/Caucásico 9. Africano Americano & Blanco 10. Oro (Etnicidad) A. Hispano -Latino B. Oro

Información del Cliente del Hogar

Por favor liste todas las personas que residen en su casa de regularmente. Listar la Cabeza del Hogar en primer lugar, en el cuadro resaltado.

| Primer Nombre | S.N. | Apellido | Fecha de nacimiento mm/dd/yy | Genero M/F | Desahilitado? | Raza (1-10) | Etnicidad (A o B) | Relación | Escuela ala que asiste su hijo | Client ID # |
|---------------|------|----------|---------------------------------|---------------|---------------|----------------|----------------------|----------|--------------------------------|-------------|
| HH. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | |

- Contacto de Emergencia: Relación: Teléfono:
- He leído y entendido los Procedimientos de Quejas de los clientes y sé qué hacer si tengo una queja sobre los servicios de Impacto Del Sur de Arizona.
- Certifico que yo / nosotros cumplimos con los requisitos, ingresos que se me indican y son elegibles para recibir servicios de Impacto del sur de Arizona.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente

Fecha