



accesshealth™

www.myaccesshealth.org

BRAZOS RIVER FLOOD RECOVERY 2016

Información del Cliente

Favor de completar esta forma para registrarse en AccessHealth. AccessHealth recibe fondos por donaciones para proveer servicios y es requerido reportar información demográfica de nuestros pacientes. Solo datos serán reportados. Nombres de personas y otra información **NO** será reportada.

No. de Seguro Social: _____ - _____ - _____ *Prefijo:* _____ Sr. _____ Sra. _____ Srta.

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (M-D-A): _____ / _____ / _____ Sexo: _____ Femenino _____ Masculino

Dirección: _____ Zona Postal: _____ Ciudad: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Tel. Celular (_____) _____ - _____

Tel. Casa: (_____) _____ - _____ Tel. Trabajo: (_____) _____ - _____

Rasa: _____ Indio Americano/ Nativo-Alaska _____ Asiático _____ Africo-Americano
_____ Hawaiano _____ Islas del Pacifico _____ Blanco

Ed. Ud. Hispano o Latino? _____ Sí _____ No Es. Ud. Veterano Militar de U.S.A? _____ Sí _____ No

Mis necesidades con AccessHealth son:

Receta y medicamentos _____

Cita medica _____

Consejeria _____

WIC _____

Vacuna para el tétanos _____

Forma de Declaración-propia para las víctimas de un desastre Brazos River Flood Recovery 2016

Marque las declaraciones que explican su situación:

_____ Yo he/hemos proporcionado comprobante adecuado de identificación.

_____ Yo no he/hemos proporcionado comprobante adecuado de identificación.

_____ Yo y los miembros de mi familia/hogar actualmente viven en Texas y he proporcionado comprobante de residencia.

_____ Yo y los miembros de mi familia/hogar actualmente viven en Texas y no he proporcionado comprobante adecuado de residencia.

Al firmar esta forma, afirmo que yo/mi niño no estamos solicitando servicios en ningún otro programa de durante esta crisis.

Solicitante/padres/guardian

Fecha

Identificación

_____ soy un solicitante a AccessHealth y yo/mi hijo es/somos víctimas de un desastre. No tengo/tenemos comprobante de identificación.

Residencia

_____ soy un solicitante a AccessHealth y yo/mi hijo es/somos víctimas de un desastre. Soy/somos residente(s) de Texas y no tengo/tenemos comprobante de residencia. Estamos viviendo en:

Solicitante/padres/guardian

Fecha

Comprobante del ingresos

Esto es para certificar que _____ estoy sin vivienda y no puedo
Nombre del solicitante

proporcionar comprobante de ingresos porque he sido víctima de un desastre. El solicitante o los padres/ tutores o personas que dan cuidado quienes están solicitando de parte del niño declaran que no tienen comprobante de ingresos.

Aplicante/padres/guardian

Fecha

Favor de llenar una forma nueva por cada miembro de su Familia que es o sera paciente de AccessHealth