

FORMULARIO DE INSCRIPCION:  
SANTA YNEZ VALLEY PEOPLE HELPING PEOPLE



FECHA: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
NUMERO & CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA : \_\_\_\_\_  
SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO) P.O. BOX CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR : \_\_\_\_\_

VIVIENDA: Apartamento  Casa  Casa Movil  Sin Hogar  Hotel/Motel  OTRO  ES UD.: Dueño  Renta  Desamparado  Otro \_\_\_\_\_

¿COMPARTE LA VIVIENDA CON OTRA FAMILIA? Si  No  ¿ES UD. LA SOLTERA ENCABEZADA DE SU HOGAR? Si  No

¿ES UD. EL SOLTERO ENCABEZADO DE SU HOGAR? Si  No  TRANSPORTACIÓN : COCHE  CAMIÓN  AMISTAD  BICICLETA  NINGUNO

¿UD. TIENE EL DERECHO DE TRABAJAR LEGALMENTE?: Si  No  ¿VIVEN LOS DOS PADRES BIOLOGICOS EN SU HOGAR? Si  No  N/A

¿ES UD. FAMILIAR O PARIENTE DE UN EMPLEADO DE PEOPLE HLEPING PEOPLE? Si  No  ¿ES UD. UN VETERANO?: Si  No

REFERRIDO POR: Ud. mismo  Escuela  Doctor/Medico  Iglesia  Pariente/Amistad  Organización de Servicios Sociales  Otro: \_\_\_\_\_

¿CÚALES BENEFICIOS RECIBE ? MEDI-CAL  WIC  CALFRESH/ESTAMPILLAS  CalWORKS  Discapacidad

Otro: \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO SERVICIOS DE PEOPLE HELPING PEOPLE? Si  No  SI MARCO SÍ CUALES SERVICIOS?: \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBIR INFORMACION DE CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA VIVIENDO EN SU HOGAR

MIEMBRO DE LA FAMILIAR #1

Primer Nombre LA PERSONA COMPLETANDO ESTA FORMA

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre/Tipo de Seguro Medico \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual en Bruto \_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos (marque todos que aplican): Empleo  Manentución de menores

Desempleo  Seguro Social  Discapacidad  Beneficios para Veteranos  CalWorks  Asistencia Publica  Otro: \_\_\_\_\_

Frecuencia: Semanal  Cada dos semanas  Dos meses por mes  Mensualmente

Raza y Grupo Étnico (marque todos que aplican) Blanco  Afro-Americano  Indio Americano/Nativo de Alaska

Nativo de Hawaii/Islands Pacificas  Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco  Asiatico/Blanco  Afro-Americano & Blanco

Indio Americano/Nativo de Alaska & Afro Americano  Otro multi-racial  Origen Latino/Hispano: Si  No

País de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Idioma: Ingles  Español  Inglés/Español  Mixteco/Triqui  Otro

Estado Civil: Casado  Divorciado  Soltero  Pareja Domestica  Separado  Viudo

¿Qué trabajo desempeña? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja el la agricultura o en la industria del vino? Si  No

El nivel más alto académico completado: Primaria/Secundaria  Preparatoria  Poco Colegio  Colegio Comunitario

Universidad  Maestría  Carrera Técnica  Otro

FOR OFFICE USE ONLY

1° CLIENT-MOTHER'S MAIDEN NAME OR FATHER'S LAST NAME & DOB  
\_\_\_\_\_

TOTAL HOUSEHOLD INCOME: \_\_\_\_\_ INCOME MUST BE VERIFIED ON CDEBG ONLINE CALCULATOR AND INCLUDED IN CASE FILE

INCOME VERIFIED FOR MEMBERS OVER 18:  YES  NO FAMILY DEVELOPMENTAL MATRIX:  YES  NO

INTAKE & CASE NOTE ENTERED ON SALESFORCE \_\_\_\_\_ STAFF NAME: \_\_\_\_\_ SUPERVSIOR.: \_\_\_\_\_



POR FAVOR ESCRIBIR INFORMACIÓN DE CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA VIVIENDO EN SU HOGAR

**MIEMBRO DE LA FAMILIAR #2**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre/Tipo de Seguro Medico \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual en Bruto \_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos (marque todos que aplican): Empleo  Manentución de menores   
 Desempleo  Seguro Social  Discapacidad  Beneficios para Veteranos  CalWorks  Asistencia Publica  Otro: \_\_\_\_\_

Frecuencia: Semanal  Cada dos semanas  Dos meses por mes  Mensualmente

Raza y Grupo Étnico (marque todos que aplican) Blanco  Afro-Americano  Indio Americano/Nativo de Alaska   
 Nativo de Hawaii/Islas Pacificas  Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco  Asiatico/Blanco  Afro-Americano & Blanco   
 Indio Americano/Nativo de Alaska & Afro Americano  Otro multi-racial  Origen Latino/Hispano: Si  No

País de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Idioma: Ingles  Español  Inglés/Español  Mixteco/Triqui  Otro

Estado Civil: Casado  Divorciado  Soltero  Pareja Domestica  Separado  Viudo

¿Qué trabajo desempeña? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja el la agricultura o en la industria del vino? Si  No

El nivel más alto académico completado: Primaria/Secundaria  Preparatoria  Poco Colegio  Colegio Comunitario   
 Universidad  Maestría  Carrera Técnica  Otro

**MIEMBRO DE LA FAMILIAR #3**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre/Tipo de Seguro Medico \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual en Bruto \_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos (marque todos que aplican): Empleo  Manentución de menores   
 Desempleo  Seguro Social  Discapacidad  Beneficios para Veteranos  CalWorks  Asistencia Publica  Otro: \_\_\_\_\_

Frecuencia: Semanal  Cada dos semanas  Dos meses por mes  Mensualmente

Raza y Grupo Étnico (marque todos que aplican) Blanco  Afro-Americano  Indio Americano/Nativo de Alaska   
 Nativo de Hawaii/Islas Pacificas  Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco  Asiatico/Blanco  Afro-Americano & Blanco   
 Indio Americano/Nativo de Alaska & Afro Americano  Otro multi-racial  Origen Latino/Hispano: Si  No

País de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Idioma: Ingles  Español  Inglés/Español  Mixteco/Triqui  Otro

Estado Civil: Casado  Divorciado  Soltero  Pareja Domestica  Separado  Viudo

¿Qué trabajo desempeña? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja el la agricultura o en la industria del vino? Si  No

El nivel más alto académico completado: Primaria/Secundaria  Preparatoria  Poco Colegio  Colegio Comunitario   
 Universidad  Maestría  Carrera Técnica  Otro

**HOUSEHOLD MEMBER #4**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre/Tipo de Seguro Medico \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual en Bruto \_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos (marque todos que aplican): Empleo  Manentución de menores   
 Desempleo  Seguro Social  Discapacidad  Beneficios para Veteranos  CalWorks  Asistencia Publica  Otro: \_\_\_\_\_

Frecuencia: Semanal  Cada dos semanas  Dos meses por mes  Mensualmente

Raza y Grupo Étnico (marque todos que aplican) Blanco  Afro-Americano  Indio Americano/Nativo de Alaska   
 Nativo de Hawaii/Islas Pacificas  Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco  Asiatico/Blanco  Afro-Americano & Blanco   
 Indio Americano/Nativo de Alaska & Afro Americano  Otro multi-racial  Origen Latino/Hispano: Si  No

País de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Idioma: Ingles  Español  Inglés/Español  Mixteco/Triqui  Otro

Estado Civil: Casado  Divorciado  Soltero  Pareja Domestica  Separado  Viudo

¿Qué trabajo desempeña? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja el la agricultura o en la industria del vino? Si  No

El nivel más alto académico completado: Primaria/Secundaria  Preparatoria  Poco Colegio  Colegio Comunitario   
 Universidad  Maestría  Carrera Técnica  Otro

POR FAVOR ESCRIBIR INFORMACIÓN DE CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA VIVIENDO EN SU HOGAR

**MIEMBRO DE LA FAMILIAR #5**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre/Tipo de Seguro Medico \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual en Bruto \_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos (marque todos que aplican): Empleo  Manentución de menores   
 Desempleo  Seguro Social  Discapacidad  Beneficios para Veteranos  CalWorks  Asistencia Publica  Otro: \_\_\_\_\_

Frecuencia: Semanal  Cada dos semanas  Dos meses por mes  Mensualmente

Raza y Grupo Étnico (marque todos que aplican) Blanco  Afro-Americano  Indio Americano/Nativo de Alaska   
 Nativo de Hawaii/Islas Pacificas  Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco  Asiatico/Blanco  Afro-Americano & Blanco   
 Indio Americano/Nativo de Alaska & Afro Americano  Otro multi-racial  Origen Latino/Hispano: Si  No

País de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Idioma: Ingles  Español  Inglés/Español  Mixteco/Triqui  Otro

Estado Civil: Casado  Divorciado  Soltero  Pareja Domestica  Separado  Viudo

¿Qué trabajo desempeña? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja el la agricultura o en la industria del vino? Si  No

El nivel más alto académico completado: Primaria/Secundaria  Preparatoria  Poco Colegio  Colegio Comunitario   
 Universidad  Maestría  Carrera Técnica  Otro

**MIEMBRO DE LA FAMILIAR #6**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre/Tipo de Seguro Medico \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual en Bruto \_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos (marque todos que aplican): Empleo  Manentución de menores   
 Desempleo  Seguro Social  Discapacidad  Beneficios para Veteranos  CalWorks  Asistencia Publica  Otro: \_\_\_\_\_

Frecuencia: Semanal  Cada dos semanas  Dos meses por mes  Mensualmente

Raza y Grupo Étnico (marque todos que aplican) Blanco  Afro-Americano  Indio Americano/Nativo de Alaska   
 Nativo de Hawaii/Islas Pacificas  Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco  Asiatico/Blanco  Afro-Americano & Blanco   
 Indio Americano/Nativo de Alaska & Afro Americano  Otro multi-racial  Origen Latino/Hispano: Si  No

País de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Idioma: Ingles  Español  Inglés/Español  Mixteco/Triqui  Otro

Estado Civil: Casado  Divorciado  Soltero  Pareja Domestica  Separado  Viudo

¿Qué trabajo desempeña? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja el la agricultura o en la industria del vino? Si  No

El nivel más alto académico completado: Primaria/Secundaria  Preparatoria  Poco Colegio  Colegio Comunitario   
 Universidad  Maestría  Carrera Técnica  Otro

**HOUSEHOLD MEMBER #7**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre/Tipo de Seguro Medico \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual en Bruto \_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos (marque todos que aplican): Empleo  Manentución de menores   
 Desempleo  Seguro Social  Discapacidad  Beneficios para Veteranos  CalWorks  Asistencia Publica  Otro: \_\_\_\_\_

Frecuencia: Semanal  Cada dos semanas  Dos meses por mes  Mensualmente

Raza y Grupo Étnico (marque todos que aplican) Blanco  Afro-Americano  Indio Americano/Nativo de Alaska   
 Nativo de Hawaii/Islas Pacificas  Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco  Asiatico/Blanco  Afro-Americano & Blanco   
 Indio Americano/Nativo de Alaska & Afro Americano  Otro multi-racial  Origen Latino/Hispano: Si  No

País de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Idioma: Ingles  Español  Inglés/Español  Mixteco/Triqui  Otro

Estado Civil: Casado  Divorciado  Soltero  Pareja Domestica  Separado  Viudo

¿Qué trabajo desempeña? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja el la agricultura o en la industria del vino? Si  No

El nivel más alto académico completado: Primaria/Secundaria  Preparatoria  Poco Colegio  Colegio Comunitario   
 Universidad  Maestría  Carrera Técnica  Otro

FORMULARIO DE INSCRIPCION:  
SANTA YNEZ VALLEY PEOPLE HELPING PEOPLE



POR FAVOR ESCRIBIR INFORMACION DE CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA VIVIENDO EN SU HOGAR

HOUSEHOLD MEMBER #8

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Nombre/Tipo de Seguro Medico \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_  
Ingreso Mensual en Bruto \_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos (marque todos que aplican): Empleo  Manentención de menores   
Desempleo  Seguro Social  Discapacidad  Beneficios para Veteranos  CalWorks  Asistencia Publica  Otro: \_\_\_\_\_  
Frecuencia: Semanal  Cada dos semanas  Dos meses por mes  Mensualmente   
Raza y Grupo Étnico (marque todos que aplican) Blanco  Afro-Americano  Indio Americano/Nativo de Alaska   
Nativo de Hawaii/Islas Pacificas  Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco  Asiatico/Blanco  Afro-Americano & Blanco   
Indio Americano/Nativo de Alaska & Afro Americano  Otro multi-racial  Origen Latino/Hispano: Si  No   
País de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Idioma: Ingles  Español  Inglés/Español  Mixteco/Triqui  Otro   
Estado Civil: Casado  Divorciado  Soltero  Pareja Domestica  Separado  Viudo   
¿Qué trabajo desempeña? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja el la agricultura o en la industria del vino? Si  No   
El nivel más alto académico completado: Primaria/Secundaria  Preparatoria  Poco Colegio  Colegio Comunitario   
Universidad  Maestría  Carrera Técnica  Otro

SERVICIOS DE APOYO: ¿Cómo podemos ayudar?

Necesidades Elementales: Ropa  Alimentos  Vivienda  Transportación  Cuidado Infantil  Otro \_\_\_\_\_  
Legal: Custodia de menores/Manentención  Inmigración/Ciudadanía  Derechos para Inquilinos  Orden de Amaparo  Otro   
Educación: Secundaria  Clases de Inglés  Capacitación de trabajo  Colegio  Alfabetización  Otro   
Salud: Seguro Medico  Seguro Dental  Nutrición  Depresion Postparto  Cursos Prenatales  Bienestar Mental  Manejo de Estrés   
Consejería/Terapia (depresión, drogas o alcohol) Otro  \_\_\_\_\_  
Para padres con hijos de 0-5 años:  
¿Su hijo estado en cuidado infantil? Si  No  Si, ¿por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Nombre de proveedor: \_\_\_\_\_  
Si no, ¿quien a provee el cuidado infantil? (como padre, abuela, pariente) \_\_\_\_\_  
En sus propias palabras que tipo de ayuda necesita: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Acuerdo del Cliente

Entiendo que tengo la responsabilidad de cooperar con el personal de Santa Ynez Valle People Helping People, como cumplir con mis citas o llamar para cancelarlas con suficiente tiempo. La relación profesional entre el personal y yo, será importante para lograr las metas y servicios necesarios. Entiendo que si no cumplo con lo acordado, mi caso será cerrado.

Certifico que la información antedicha es verdadera y correcta y que toda la información recabada en esta forma esta sujeta a verificación. Yo autorizo a People Helping People para verifcar tal información. Entiendo que considero un delito o fraude el proporcionar datos falsos o el aceptar asistencia o ayuda económica por parte de People Helping People basada en la información falsa.

FIRMA DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

PERSONAL DE PHP : \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL CLIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

People Helping People (PHP) tiene obligación asegurar que los derechos de clientes sean protegidos. Cada persona participando en un programa de PHP tendrá que o puede practicar los derechos siguientes:

- Ser tratado con respeto y dignidad en sus acciones con el personal de PHP,
- Proveer instalaciones seguras, sanas, y cómodas,
- NO ser sujetó a cualquier clase de castigo, humillación, o de abuso mental,
- Recibir servicios sin discriminación por raza, creencia; color, género, nacionalidad, origen, discapacidad, o cualquier otra característica,
- Mantener confidencial el tratamiento de todas las comunicaciones y archivos sobre su participación en este programa.
- Obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de PHP que subraya sus derechos bajo la acta federal de Portabilidad de Información de Salud y Contabilidad (HIPPA),

Yo he recibido una copia del “Guía de PHP para Proteger su Privacidad de Información sobre su Salud”.

- Si Ud. es un cliente con el seguro medico de MediCal, Ud. tiene el derecho a una audiencia justa relacionada con la negación, la terminación o reducción de servicios de consejería bajo Título 22, Regulaciones del Código de California

**Si usted cree que no a sido tratado justamente o apropiadamente, tome los siguientes pasos:**

- Primero trate de hablar el tema con su manejador/a o consejero/a. Si en este paso no se resuelve la situación a su satisfacción, usted debe contactar al Supervisor de su Manejador/a de su caso o consejero/a.

<b>Nombre de Supervisor:</b>	<b>Arcelia Sención</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>686-7353</b>
<b>Nombre de Supervisor:</b>	<b>Justin Wilkins</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>686-0295</b>

- Si todavía no está satisfecho con el resultado, puede contactar el Director Ejecutivo de PHP, quien decidiera con respecto a su queja.

<b>Director Ejecutivo:</b>	<b>Dean Palius</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>686-0295</b>
----------------------------	--------------------	------------------	-----------------

**Favor de circular sus respuestas:**

¿Recibió una copia de esta Declaración de Derechos de Cliente?	Sí	No
¿La leyó?	Sí	No
¿Alguien empleado por PHP repaso sus derechos?	Sí	No
¿Creé Ud. que entiende sus derechos y responsabilidades?	Sí	No

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el cliente es un menor, firma del Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Personal de PHP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

La misión de People Helping People (PHP) es promover la salud y el bien estar de individuos, familias y ancianos que califican para servicios de PHP. PHP intentará asistirle con información, servicios y referentes que le ayudara con su situación necesaria. Le pedimos que lea y entienda la siguiente información:

1. Esperamos que Ud. se beneficie de los servicios de PHP que participara con la Coordinador/a de Servicios Familiares. Podrá hablar sobre problemas que podrán prevenirle ser auto-suficiente.

2. PHP esta en acuerdo con la ley a la acta Federal de Portabilidad de Información de Salud y Contabilidad (HIPAA de 1996) así como las leyes del estado de California del Welfare del Codigo § 10850 que protege la privacidad y confidencialidad de la información obtenida de Ud. y su familia. Esto significa que toda la información incluyendo historiales de los servicios proveídos e información relacionada con su salud será conservado en privacidad. Incluso la información no será ofrecida sin su consentimiento en escrito al menos en las siguientes circunstancias:

- Cuando el Personal de People Helping People crea que;  
**Ud. será un peligro a Ud. mismo o a otra persona,  
Un crimen será cometido, o  
Hay riesgo de daño a propiedad.**
- La revelación se hace a las autoridades apropiadas cuando el abuso de un niño, adulto dependiente, o anciano se observa o sospecha.
- Ud. solicita la información específica sobre sus servicios y/o cuidado médico a menos que el lanzamiento de la información a usted se juzgue dañoso a usted y/o su niño,
- Ud. da consentimiento es escrito,
- La revelación se requiere por la ley,
- La revelación se hace a personal médico en una emergencia , o
- La revelación se hace a personal de PHP con el propósito de supervisión del programa,
- La revelación se hace a personal apropiado con el propósito de la evaluación del programa y/o pago.

3. Ud. tiene el derecho de aceptar, rechazar o parar servicios de PHP en cualquier momento.

4. Ud. tiene el derecho de restringir el uso o intercambio de información, excepto lo subrayado en la parte de arriba sección #2.

5. Ud. tiene el derecho saber a quién se le intercambio información por un periodo de seis años.

***Yo he leído lo de arriba y fue explicado satisfactoriamente. Y estoy de acuerdo de participar en servicios de consejo de administración familiares y entiendo los límites de confianza. Y entiendo que puedo renunciar mi consentimiento para servicios o compartir información sobre mi hijo/a o mi familia en cualquier momento. Yo reconozco que he recibido una copia de este acuerdo.***

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es menor el cliente, firma de Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Personal de PHP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Otro Identificación \_\_\_\_\_

Yo el firmante, por medio de la presente autorizo a People Helping People (PHP) y agencias / organizaciones mencionadas abajo, a intercambiar o compartir información obtenida en el curso de consulta o trabajo de casos refiriéndose a: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la información obtenida por las organizaciones mencionadas usarán la información para asesorar, planear y facilitar y proveer los servicios sociales apropiados. Mi consentimiento en escrito en este documento indica que todas las agencias u organizaciones mencionadas pueden compartir información, incluyendo pero no limitado a:

- |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de la Familia</li> <li>• Evaluación Educacional y Servicios</li> <li>• Evaluación Psicológica y Tratamientos</li> <li>• Evaluación Médica y Tratamientos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia Social</li> <li>• Historia de Desarrollo</li> <li>• Cumplimiento Escolar</li> <li>• Otro (especifique): _____</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Iniciales**

- Escuela(s) \_\_\_\_\_
- Terapeuta(s) \_\_\_\_\_
- Departamento de Servicios Sociales de Santa Barbara  
Cal-Works / Medi-Cal/WIC (Department of Social Services)
- Primero la Familia (Family First)
- Departamento de Educación Para el Desarrollo de Niños  
(County Education Child Development Programs)
- Servicios de Protección para Adultos
- Departamento Para la Protección del Niño  
(Child Welfare Services)
- Clínica Tribal de Santa Ynez  
(Santa Ynez Tribal Health Clinic)
- Head Start/Community Action Commission)
- Servicios para Niños de California  
(California Children Services)

**Iniciales**

- Primeros 5 del Condado de Santa Barbara (First 5)
- Agencia de Servicios Familiares de Santa Barbara  
(Family Service Agency)
- Centro de Recursos para Familias de Santa Maria
- Servicios Sojourn
- Centro Regional de los Tres Condados  
(Tri-County Regional Center, TCRC)
- Clínica para el Autismo de UCSB
- Servicios de Salud del Condado (SB Health Care Services)
- Servicios de Alcohol, Drogas y Salud Mental del Condado  
(Alcohol, Drugs, Mental Health Services of SB County)
- Health Linkages
- Empleador \_\_\_\_\_
- CALM
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

La información que se está requiriendo puede ser confidencial y protegida de relevación por la ley de Estado y Federal, incluyendo pero no limitada a la acta Federal de Portabilidad de Información de Salud y Contabilidad (HIPAA de 1996) así como las leyes del estado de California del Welfare del Código de Instituciones Secciones 5328 y 42, Secciones 290 dd-3 y 290 ee-3 y 42 C.F.R., Sección 2,1, y podrá divulgar la confidencialidad de los servicios que se han proveído y que se están proveído.

Esta revelación *será válida por 12 meses de la firma y fecha* del cliente o Guardián, solamente que sea revocada por el cliente o el Guardián. El Cliente o el Guardián podrá revocar la autorización en cualquier tiempo, proveído una nota en escrito de la revocación.

Yo ante las presente no hago responsable a ninguna de las agencias / organizaciones designadas en este documento por cualquier obligación o responsabilidad de cualquier clase, relacionada al compartimiento de información y/o por dar transporte, como está escrita foránea, proveído por alguna o todas las organizaciones indicadas.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el cliente es menor, firma del Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Personal de PHP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Auto-Certificación de Ingresos

Organización: Santa Ynez Valley People Helping People

Programa or Servicio: \_\_\_\_\_

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

### Raza y Grupo Étnico (marque el mejor que aplica)

- Blanco   
 Afro-Americano   
 Indio Americano/Nativo de Alaska   
 Nativo de Hawaii/Islas Pacificas   
 Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco   
 Asiatico/Blanco   
 Afro-Americano & Blanco   
 Indio Americano/Nativo de Alaska & Afro Americano   
 Otro multi-racial   
 Origen Latino/Hispano: Si  No

Ingresos: Marque la caja con el número de miembros en su familia Y el ingreso total de TOODS los miembros de su familia. Primero identifique el número de personas en su familia y luego los ingresos más cercano pero no menos del ingreso total.

Household Size	1 Person	2 Person	3 Person	4 Person	5 Person	6 Person	7 Person	8 Person
	<input type="checkbox"/>							
<b>Annual Income</b>								
30% AMI*	15,900 <input type="checkbox"/>	18,200 <input type="checkbox"/>	20,450 <input type="checkbox"/>	22,700 <input type="checkbox"/>	24,550 <input type="checkbox"/>	26,350 <input type="checkbox"/>	28,150 <input type="checkbox"/>	30,000 <input type="checkbox"/>
50% AMI	26,500 <input type="checkbox"/>	30,300 <input type="checkbox"/>	34,100 <input type="checkbox"/>	37,850 <input type="checkbox"/>	40,900 <input type="checkbox"/>	43,950 <input type="checkbox"/>	46,950 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>
60% AMI	31,800 <input type="checkbox"/>	36,360 <input type="checkbox"/>	40,920 <input type="checkbox"/>	45,420 <input type="checkbox"/>	49,080 <input type="checkbox"/>	52,740 <input type="checkbox"/>	56,340 <input type="checkbox"/>	60,000 <input type="checkbox"/>
80% AMI	42,400 <input type="checkbox"/>	48,450 <input type="checkbox"/>	54,500 <input type="checkbox"/>	60,550 <input type="checkbox"/>	65,400 <input type="checkbox"/>	70,250 <input type="checkbox"/>	75,100 <input type="checkbox"/>	79,950 <input type="checkbox"/>

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal de PHP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### **Consentimiento para el Correo Electrónico y/o Mensaje de Texto**

Cientes pueden ser contactados por correo electrónico y / o mensajes de texto para recordarle acerca de una cita, ofrecer servicios de apoyo familiar general e información.

Poniendo su iniciales abajo da consentimiento para recibir recordatorios y otra información / comunicación relacionados con el tratamiento en PHP a través de correo electrónico y / o mensajes de texto.

\_\_\_\_\_ (Cliente Iniciales) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y cualquier número desviado o transferido de PHP.

El número de teléfono celular que autorizo para recibir mensajes de texto para los recordatorios de citas, proporcionar servicios de de apoyo familiar general e información es:

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Cliente Iniciales) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de correo electrónico, para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente

El correo electrónico que autorizo para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas, proporcionar servicios de de apoyo familiar general e información es:

\_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal de PHP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_