

CONFIDENTIAL

UBICACIÓN DEL PROVEEDOR: _____

PARA RECIBIR SERVICIOS LEGALES: La persona debe tener 60 años o más.

*El ID único de participante debe comenzar con PSA18

Fecha:		Teléfono:		Fecha de nacimiento: <i>(Obligatorio)</i>	
Nombre: <i>(Opcional)</i>				*ID único del participante:	
Dirección:				Ciudad:	Código Postal:
Correo electrónico:				Rural: (91307,93066,93040)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista
Personal que completa la admisión:					
RAZA – Por favor, elija (X) uno:					Origen Etnico:
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino		<input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guames <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano		<input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	
				<input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista	
				<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista	
ESTADO CIVIL:			<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		
ESTADO DE VETERANO: Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses.			<input type="checkbox"/> ¿Ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> ¿Es usted cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que presta o ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		Idioma preferido:
					Comunícate con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos al www.calvet.ca.gov o al 1-800-952-5626
Cliente Vive:			<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		
Nivel de ingresos (aproximado):					
SI ESTA CASADO:			SI ES SOLTERO:		
<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$20,440/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$20,441/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$15,060/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$15,061/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		
¿Cuál fue tu sexo al nacer?		¿Cuál es tu género?		¿Cómo describiría tu orientación o identidad sexual?	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Queer o de género no binario <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista, especifique:		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana, atracción al mismo sexo <input type="checkbox"/> Cuestionándose/en duda <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista, especifique:	

