

Client Intake Form

Date:	Referred By:	Case Manager:			
Nombre del Cliente:		FDN:	Estado Civil:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Domicilio:		Ciudad/Codigo Postal:		Numero de Telefono:	
Nombre de Hijo/a	Escuela	Sexo	FDN	Grado	Ed. Especial
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fuente de Ingresos:			Información Adicional:		
<input type="checkbox"/> Empleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Empleado por propia cuenta \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI/SSDI \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención de hijos \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF \$ _____ <input type="checkbox"/> CalFresh \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo/Discapacidad \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro: \$ _____			Miembros de familia? _____ Viviendo en la dirección desde: _____ Reciben almuerzo gratis/reducido su hijo/s? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Language Preferrido: English Spanish Other: Tiene asegurado medico su hijo/s? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Otro Usted tiene un seguro medico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Otro		
Vivienda Actual:					
<input type="checkbox"/> Hogar de una familia <input type="checkbox"/> Albergue		<input type="checkbox"/> Compartiendo vivienda <input type="checkbox"/> Viviendo en un carro/parque/lugar publico		<input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Joven desamparado	
Marque áreas de interés o necesidades:					
<input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Cosas de higiene <input type="checkbox"/> Vivienda a bajo costo <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Asistencia con utilidades <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Clases de crianza <input type="checkbox"/> Escuela para adultos/G.E.D. <input type="checkbox"/> CalFresh/CalWorks <input type="checkbox"/> Cuidado de la visión <input type="checkbox"/> Cuidado dental <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Covered CA <input type="checkbox"/> Clinica de bajo costo <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Tutoría <input type="checkbox"/> Asistencia legal <input type="checkbox"/> Utiles Escolares <input type="checkbox"/> Cuidado de niño/Prescolar <input type="checkbox"/> Otro: _____					

Yo soy el padre/guardián del/los estudiante/s mencionado/s. Declaro que la información que he proporcionado es cierta y correcta. Estoy consciente que mi hijo/s deberán asistir a la escuela regularmente y que la asistencia y calificaciones serán sujeto a revisión.

Para McKinney Vento: Declaro que recibí una copia de los derechos de McKinney Vento para los padres.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use:	Office Visit	Phone Call	Other:
I, the undersigned Case Manager of _____, hereby certify that I have received verbal confirmation that the above information is true and correct.			
_____ Case Manager			_____ Date