

## PHOCIS Hoja de Información de Cliente

### DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE #1

<b>Nombre:</b> (Apellido, Primer, Segundo)		<b>Sufijo:</b> (Jr., Sr., III)	<b>Apellido de Soltera de la Madre del Cliente:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):</b>		<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	
<b>País De Nacimiento:</b>	<b>Estado De Nacimiento:</b>	<b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> otro	<b>Niño(a) de Crianza:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio-Americanos/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americanos <input type="checkbox"/> Native de Hawaiano/Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Estado Marital:</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>Hispano o Latino:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Tipo de Seguro</b> (mostrar comprobante de seguro): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Seguro <input type="checkbox"/> Privado (ID del pagador/EDI: _____) Número del miembro: Número del grupo (si procede): Asegurado(a): Relación a asegurado(a):

### DIRECCIÓN O DOMICILIO (ENLISTE TODO LO QUE APLIQUE)

Dirección o Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	¿Tenemos permiso para contactarlo?
Dirección Postal				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
Dirección Confidencial				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección Física				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\*Se debe proporcionar una dirección confidencial

### CONTACTOS TELEFÓNICOS (APUNTE SOLO NUMEROS EN CUAL PODAMOS CONTACTAR A USTED)

Número de Teléfono:	Mensaje/Texto SMS Número:
Nombre del Contacto de Emergencia:	Número de Teléfono del Contacto de Emergencia:

### INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Domésticos: \$ _____ por <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes <input type="checkbox"/> Cada otra Semana <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Hora / Número de horas trabajadas por semana: _____	Número de Personas sostenidas con ingreso:
--	--

### TUTOR (CUANDO CLIENTES SON MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____

### POR FAVOR FIRME Y DÍLGUE LA FECHA PARA VERIFICAR QUE LA INFORMACIÓN SEA CORRECTA

Firma:	Fecha de Hoy:
--------	---------------

**DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE #2 (La información de contacto y los ingresos son los mismos que el cliente #1)**

<b>Nombre:</b> (Apellido, Primer, Segundo)		<b>Sufijo:</b> (Jr., Sr., III)	<b>Apellido de Soltera de la Madre del Cliente:</b>
<b>Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):</b>		<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
<b>País De Nacimiento:</b>		<b>Estado De Nacimiento:</b>	<b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> otro
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio-American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Estado Marital:</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>Tipo de Seguro</b> (mostrar comprobante de seguro): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Seguro <input type="checkbox"/> Privado (ID del pagador/EDI: _____) Número del miembro: Número del grupo (si procede): Asegurado(a): Relación a asegurado(a):
<b>Nombre del tutor (apellido, nombre):</b> Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____			

**DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE #3 (La información de contacto y los ingresos son los mismos que el cliente #1)**

<b>Nombre:</b> (Apellido, Primer, Segundo)		<b>Sufijo:</b> (Jr., Sr., III)	<b>Apellido de Soltera de la Madre del Cliente:</b>
<b>Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):</b>		<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
<b>País De Nacimiento:</b>		<b>Estado De Nacimiento:</b>	<b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> otro
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio-American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Estado Marital:</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>Tipo de Seguro</b> (mostrar comprobante de seguro): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Seguro <input type="checkbox"/> Privado (ID del pagador/EDI: _____) Número del miembro: Número del grupo (si procede): Asegurado(a): Relación a asegurado(a):
<b>Nombre del tutor (apellido, nombre):</b> Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____			

**DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE #4 (La información de contacto y los ingresos son los mismos que el cliente #1)**

<b>Nombre:</b> (Apellido, Primer, Segundo)		<b>Sufijo:</b> (Jr., Sr., III)	<b>Apellido de Soltera de la Madre del Cliente:</b>
<b>Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):</b>		<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
<b>País De Nacimiento:</b>		<b>Estado De Nacimiento:</b>	<b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> otro
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio-American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Estado Marital:</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>Tipo de Seguro</b> (mostrar comprobante de seguro): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Seguro <input type="checkbox"/> Privado (ID del pagador/EDI: _____) Número del miembro: Número del grupo (si procede): Asegurado(a): Relación a asegurado(a):
<b>Nombre del tutor (apellido, nombre):</b> Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____			