



AREA AGENCY ON AGING OF THE PERMIAN BASIN
AGENCIA DEL ÁREA PARA ADULTOS MAYORES DE PERMIAN BASIN

CLIENT INTAKE AND SERVICE REQUEST FORM
FORMA DE ADMISIÓN Y SOLICITUD DE SERVICIOS PARA CLIENTES

The information on this form is required by your local service provider, the Area Agency on Aging (AAA), and the Texas Department of Aging and Disability Services. All information provided will be kept confidential and guarded against unofficial use. Information gathered through an intake or through an assessment may be shared to effectively plan, arrange and deliver services to meet individual client needs.

Esta solicitud contiene información que exigen el proveedor de servicios locales, la Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) y el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas. Toda la información se mantendrá confidencial y protegida contra el uso no oficial. La información obtenida mediante el proceso de admisión o una valoración se puede divulgar para planear, organizar y prestar los servicios eficazmente para satisfacer las necesidades individuales del cliente.

Release of information has been clearly explained to the client.

La divulgación de información se ha explicado claramente al cliente.

Client's Primary Language: _____

Date: _____ **Client ID Number:** _____
 (Fecha): _____ (Número de identificación del cliente): _____

Last Name: _____ **MI:** _____ **First Name:** _____
 (Apellido): _____ (Inicial): _____ (Nombre): _____

Street Address/Apt. #: _____
 (Dirección/ Núm. de Apto.): _____

City: MIDLAND **State:** TX **Zip Code:** _____ **County:** Midland
 (Ciudad): _____ (Estado): _____ (Código postal): _____ (Condado): _____

Phone: _____ **Gender:** Male (Masculino) **Birth Date:** _____
 (Teléfono): () _____ (Sexo) Female (Femenino) (Fecha de nacimiento): _____

Ethnicity (Check One): _____ **Race (Check all that apply):** _____ **Marital Status (Check One):** _____
 (Origen étnico) (Marque su respuesta): (Raza) (Marque todas las pertinentes): (Estado civil) (Marque su respuesta):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Hispanic or Latino
(Hispano o latino) | <input type="checkbox"/> (1) White – Non Hispanic
(Blanca no hispana) | <input type="checkbox"/> (1) Married <input type="checkbox"/>
(Casado) |
| <input type="checkbox"/> (2) Not Hispanic or Latino
(No hispano o latino) | <input type="checkbox"/> (2) White – Hispanic
(Blanca hispana) | <input type="checkbox"/> (2) Widowed <input type="checkbox"/>
(Viudo) |
| <input type="checkbox"/> (3) Ethnicity Not Reported
(No se indicó el origen étnico) | <input type="checkbox"/> (3) American Indian/Alaska Native
(Nativa americana/nativa de Alaska) | <input type="checkbox"/> (3) Divorced <input type="checkbox"/>
(Divorciado) |
| | <input type="checkbox"/> (4) Asian
(Asiática) | <input type="checkbox"/> (4) Separated <input type="checkbox"/>
(Separado) |
| | <input type="checkbox"/> (5) Black or African American
(Negra o afro americana) | <input type="checkbox"/> (5) Never Married <input type="checkbox"/>
(Soltero) |
| | <input type="checkbox"/> (6) Native Hawaiian or Pacific Islander
(Nativa hawaiana/de las islas del Pacífico) | <input type="checkbox"/> (6) Not Reported <input type="checkbox"/>
(No se indicó) |
| | <input type="checkbox"/> (7) Persons Reporting Some Other Race
(Otra) | |
| | <input type="checkbox"/> (8) Race Not Reported
(No se indicó la raza) | |

Does client live alone? Yes No
 (¿Vive solo el cliente?) (Si) (No)

Total Number of Family Members in Household Including Client: _____
 (Número total de los miembros de la unidad familiar contando al cliente): _____

Monthly Household Income: \$ _____ **Low Income** **Moderate Income** **High Income**
 Ingresos mensuales de la unidad familiar: \$ Ingresos bajos Ingresos moderados Ingresos altos

{Low Income Levels for: Single person family unit – \$ 10,890; **Two person family unit – \$14,710}**
 Niveles de bajos ingresos para: Unidad familiar de una persona: \$10,890 Unidad familiar de dos personas: \$14,710