



Direccion: 248 East Putnam Avenue
Greenwich, CT 06830
Telefono: (203) 622-9208
Fax: (203) 618-0062
Horario: Lunes a Sabado
8:30 a.m. – 12:00 p.m.
Jueves en la tarde 3:30-5:30

FORMULARIO PARA REFERIR AL CLIENTE

(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y LLENE LOS DOS LADOS DE LAS PAGINAS)

Por favor Note: Para todos los Clientes, la Agencia que refiere debe enviar por fax el formulario completo (vea el numero de fax arriba) e informar al cliente que debe traer el formulario original y firmado en su primera visita.

Por favor marque apropiadamente:

☐ **Cliente de Ropa:** Despues de enviar por fax el formulario, la Agencia que refiere es responsable de llamar a Neighbor to Neighbor para hacer la primera cita al cliente de ropa.

Cliente Nuevo Fecha de Inicio _____

Fecha Final _____

☐ **Emergencia de Comida: (PROVISTA POR SOLO UNA VEZ)**

Fecha que va a recoger la comida de emergencia: _____

☐ **Comida Suplementaria: (SOLO PARA LOS RESIDENTES DE GREENWICH)**

Fecha de Inicio _____

Fecha Final _____

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre:

Direccion Actual:

Apt. #:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Casa #:

Trabajo #:

Cell #:

Fecha de Nacimiento:

Genero: M F (Por favor marque)

Email:

INFORMACION DE SU CONYUGE

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Genero: M F (Por favor marque)

Telefono:

NINOS QUE DEPENDEN DE USTED (MENORES DE 21 ANOS) VIVIENDO EN LA MISMA CASA

Nombre	Genero (Indicar M / F)	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Ano)

ADULTOS QUE DEPENDEN DE USTED (21-65 ANOS) VIVIENDO EN LA MISMA CASA

Nombre	Genero (Indicar M / F)	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Ano)	Ingresos Calificados (Y / N)

FORMULARIO PARA REFERIR AL CLIENTE
(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y LLENE LOS DOS LADOS DE LAS PAGINAS)

ADULTOS MAYORES QUE DEPENDEN DE USTED (MAS DE 65) VIVIENDO EN LA MISMA CASA - NO SU CONYUGE

Nombre	Genero (Indicar M / F)	Parentesco	Fecha de Nacimiento

TOTAL EN LA FAMILIA

Total # Adultos (Cliente+ Conyuge + Adultos) _____	Total # de Ninos _____	Total # Adultos Mayores _____	Numero Total en Casa _____
--	------------------------	-------------------------------	----------------------------

AGENCIA QUE REFIERE/IGLESIA/ORGANIZACION/ESCUELA

Nombre de la Agencia	Nombre de la persona que refiere	Titulo
Numero de Contacto	Firma	Fecha

Por favor completar para el Cliente:

GUIA DE INGRESOS PARA CALIFICAR (300% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA)

Total en la Familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso Anual	\$46,950	\$63,450	\$79,950	\$96,450	\$112,950	\$129,450	\$145,950	\$162,450
En o debajo de la Guia de ingresos? (Marque un circulo)				Si	No			

INFORMACION DE LA FAMILIA (MARQUE UN CIRCULO EN LAS RESPUESTAS)

Padre o Madre Soltera Cabeza del Hogar?		Si	No
Deshabilitado?		Si	No
Procedencia : (Marque un circulo)	Blanco (no Hispano)	Negro (no Hispano)	
	Hispano	Asia/Islas del Pacifico	Americano Nativo

PEDIDOS ESPECIALES

FIRMAS

Yo autorizo la verificacion de la informacion provista en este formulario. Estoy de acuerdo en seguir la politica y procedimientos de Neighbor to Neighbor.

Firma del Cliente:

Fecha:

Yo he verificado toda la informacion de los ingresos y datos personales de mi cliente. Estoy de acuerdo en actualizar la informacion de datos durante el period de referencia. Estoy de acuerdo en entrevistar al cliente antes de la ampliacion del periodo de referencia.

Nombre de la Persona que Refiere :

Titulo:

Firma:

Fecha: