



Fecha: _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

Nombre de Cliente: _____

Últimos 4 números de la seguro social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio del Cliente: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____

Información del Hogar: Enumere los nombres, edades y relaciones de los miembros de la familia del hogar.

Número total de miembros del hogar menores de edad 18 _____

Número total de miembros del hogar mayores de edad 18 _____

Número total de miembros del hogar mayores de edad 65 _____

El cliente abajo firmante certifica que la información / respuestas proporcionadas son completas y verdaderas. Además, acepta lo siguiente:

- Entiende que esta asistencia se utilizará únicamente como un recurso de emergencia y está destinada a complementar la asistencia o los recursos adicionales que pueda recibir.
- Los productos se proporcionan por ORDEN DE LLEGADA y renuncio a *The Compassionate Connections Center* de toda responsabilidad de cualquier naturaleza y acepto estos productos "TAL CUAL" y bajo mi propio riesgo.
- No venderá los productos por servicios.
- Se prohíbe el comportamiento inapropiado, como blasfemias, abuso verbal del personal o cualquier otro comportamiento perturbador. Cualquier comportamiento de este tipo puede resultar en la suspensión o terminación de sus privilegios en *The Compassion Connections Center*.

• FIRMA DEL CLIENTE: _____

For Office Use Only

New Client Certification _____

Client Re-Certification _____