



## Aplicación para Servicios/Actualización de Cliente

¿Es hoy su primera vez en Crossroads?     SÍ     NO

Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor complete la información siguiente. Póngase en la lista primero.**

**La información sombreada será completada por el gerente de caso**

Nombre completo de cada miembro de la familia	Fecha Nacido(a)	Raza	ID 18+	Relación	¿Incapacitado(a)?
				Cabeza de familia	

Dirección del hogar \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

¿La dirección es permanente o temporal?

¿La dirección de correo es la misma como arriba? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ - Si no, Por favor proporcione la dirección abajo:

Dirección de correo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (    ) \_\_\_\_\_

Teléfono celular (    ) \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo (    ) \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo (    ) \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN**

Tarjeta de identidad con foto para cada adulto en la familia

Comprobante de domicilio en el valle de Estes Park: Xcel Energy Town of EP Alquiler Contrato

Comprobante de Ingresos para todos los miembros de la familia con trabajo

Otra \_\_\_\_\_

NOTAS/DOCUMENTOS NECESARIOS:

Client Name - Nombre de Cliente:

**PRESUPUESTO DE UNIDAD FAMILIAR PARA UN MES**

Por favor anote **TODAS** las fuentes de ingresos para **TODOS** los miembros de la familia - incluso trabajos de corto plazo

Nombre	Empresario	Paga por hora \$	Horas	Total por cheque	Frecuencia de paga
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>	\$				

Programas de Ayuda	Fecha	¿Elegible?	Fecha de pago	Cantidad
Pensión de menores				
CCAP				
Cupones para alimento				
LEAP				
Retiro/Pensión				
SS/SSI				
SSDI				
TANEF/A&D				
VA				
WIC				
<b>AYUDA TOTAL</b>	\$			

Por favor anote todos los gastos del hogar en la lista

Cuentas	\$ Mensual	Cuentas	\$ Mensual	Cuentas	\$ Mensual
Despensa	\$	Seguro de rentero/hog	\$	Viajes	\$
Hipoteca/Renta	\$	Seguro médico	\$	Regalos	\$
Pensión de menores	\$	Gastos Médicos	\$	mascotas	\$
Electricidad	\$	Prescripciones/co-pag	\$	Provisiones de limp	\$
Gas/Propano	\$	Tarjetas de Crédito	\$	Pensión para espos	\$
Agua	\$	Préstamos Personales	\$	Club de salud	\$
Teléfono Célular/Tierra	\$	Cuidado de menores	\$	Cigarrillos	\$
Internet/Cable	\$	Gastos Escolares	\$	Alcohol	\$
Pago de Auto	\$	Ropa	\$	Almacenamiento	\$
Seguro de auto	\$	Entretenimiento	\$	Ayuda otro hogar	\$
Gasolina	\$	Reparos de auto	\$	Otro gasto	\$
<b>GASTOS TOTALES</b>	\$	<b>FUENTE DE ASISTENCIA MÉDICA:</b> Medicaid Medicare Seguro CICP Ningun			

Ingresos (Pago + Ayuda) \$ \_\_\_\_\_  
 Gastos - \$ \_\_\_\_\_

**Recomendaciones**

Diferencia = \$ \_\_\_\_\_


## ACUERDO DE CLIENTE

Solicito ser cliente de Crossroads Ministry of Estes Park, Inc.  
y estoy de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Comprendo que tengo el derecho de ser tratado(a) con dignidad, respeto y cortesía por todos empleados y voluntarios de Crossroads Ministry.
2. Estoy de acuerdo en tratar a cada empleado y voluntario de Crossroads Ministry con dignidad, respeto y cortesía.
3. Comprendo que tengo derecho a nada de Crossroads Ministry y que Crossroads Ministry no está obligado a satisfacer ninguna de mis peticiones.
4. Seré honesto(a) y verdadero(a) en contestar todas las preguntas en la hoja de información de cliente de Crossroads Ministry, y notificaré a Crossroads Ministry de algún cambio.
5. Comprendo que no me permiten autorizar a cualquier persona que no vive en mi hogar que busque servicios en mi nombre.
6. Comprendo que si algún empleado o voluntario de Crossroads Ministry juzgan que estoy bajo la influencia de cualquier sustancia, los servicios a mí serán negados.
7. Comprendo que el personal de Crossroads Ministry tiene la responsabilidad de llamar a las autoridades de aplicación de la ley apropiadas si intento conducir fuera del local mientras me encuentro bajo la influencia de drogas y/o alcohol.
8. Comprendo que el personal de Crossroads Ministry tiene la responsabilidad de relatar cualquier acontecimiento sospechado de abuso y/o abandono de niño(s), abuso y/o abandono de personas mayores de edad a las autoridades apropiadas.
9. Comprendo que el personal de Crossroads Ministry tiene la responsabilidad de ponerse en contacto con las autoridades de aplicación de la ley local si hago alguna amenaza con la intención de hacerme daño y/o a otra persona.
10. Entiendo que tengo la responsabilidad de proveer toda la información y documentación solicitada en una manera oportuna.
11. Estoy de acuerdo en completar la clase de Entrenamiento de la Aptitud Financiera **tres** meses después de mi primera visita a Crossroads Ministry con fin de permanecer un cliente con todos los privilegios de servicio. Los clientes que completaron el curso hacen cinco años o más necesitan asistir a un curso de actualización para beneficiarle y ayudarle a organizar su casa financiera.
12. Comprendo que los productos de alimento que recibo son perecederos y requieren la refrigeración, y que si no refrigero y/o preparo el alimento correctamente, Crossroads Ministry no es responsable.



851 Dry Gulch Road | PO Box 3616 | Estes Park, CO 80517  
 970.577.0610 | Fax 970.577.9692  
 admin@crossroadsministryofep.org  
 www.crossroadsministryofep.org

**Estoy de acuerdo y comprendo que es mi deber cumplir con todas las partes de este acuerdo. También entiendo que mi falta en cumplir con este acuerdo podría causar la pérdida de todos los servicios que recibo de Crossroads Ministry.**

\_\_\_\_\_  
 Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del representante de Crossroads Ministry

\_\_\_\_\_  
 Fecha

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:

Yo el firmante abajo, por este medio autorizo a Crossroads Ministry, Inc para solicitar y/o liberar la información necesaria sobre mí o mis miembros de familia en la obtención de servicios que necesito / estoy solicitando. Esta liberación será aplicada a cualquier persona o institución que puede ayudar. También estoy de acuerdo que Crossroads puede hablar con otras agencias compañeras para evitar cualquier copia de servicios. Por este medio autorizo a tal persona, agencia, o institución para proporcionar tal información solicitada por Crossroads Ministry of Estes Park, Inc. Entiendo que hay estatutos que protegen el uso de la información autorizada, y que este consentimiento será usado sólo para el objetivo declarado aquí. Libero a cualquier/toda persona(s), agencia(s), o institución(es) de cualquier responsabilidad de suministrar tal información. Este acuerdo es válido hasta el 12-31-18.

\_\_\_\_\_  
 Firma de cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del representante de Crossroads Ministry

\_\_\_\_\_  
 Fecha