



Aurora Community Connection Family Resource Center

Nombre: _____ **Fecha de hoy:** _____
Dirección: _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____ **Condado:** _____
Correo Electrónico: _____
¿Qué idioma habla en casa? _____ **1B:** _____

Me gustaría recibir información de los programas y servicios de ACC por medio de correos electrónicos o mensajes de texto: Si o No

Por Favor llene la siguiente información sobre usted y el resto de los miembros de su casa (si necesita más espacio use la parte trasera de esta hoja):

Nombre	Fecha de nacimiento	Genero	Grupo Étnico	Programa de participación
Usted:				

Ingreso bruto mensual (antes de impuestos): \$ _____ Número de personas en su hogar: ____

COMMON SCREENING

¿Usted ha estado en ACC antes?	SI	NO	N/A
¿Está usted o otro adulto en su hogar empleado de tiempo completo?	SI	NO	N/A
¿Es su vivienda segura, estable y accesible (responda no si estas respuestas aplican a usted; sin hogar, enfrenta desalojo, está en un refugio, y si más del 50% de los ingresos familiares se destina a la vivienda)?	SI	NO	N/A



¿Tiene un vehículo o transporte?	SI	NO	N/A
¿Puede usted tener acceso a suficientes alimentos para alimentarse y alimentar a su familia?	SI	NO	N/A
¿Has terminado la escuela secundaria u obtenido tu GED?	SI	NO	N/A
¿Todos los miembros de su familia tienen seguro médico?	SI	NO	N/A
¿Tiene cuidado infantil de calidad, si es necesario?	SI	NO	N/A
¿Están todos sus hijos en edad escolar inscritos en el año escolar actual?	SI	NO	N/A

¿Cual es la mejor manera de comunicarnos con usted si necesitamos darle seguimiento a su caso?

Teléfono

Mensaje de Texto

Correo Electrónico

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Redes Sociales_ Folletos_ Evento_ Escuela_ TV_ Radio_ Palabra de boca_ Otro_

Nombre del Evento O Otro: _____

Medical/SNAP Assistance

Solamente llene la siguiente información si usted está solicitando un servicio relacionado a su seguro médico o SNAP.

Gastos Mensuales:

Renta/alquiler: ___ Luz: ___ Gas: ___ Agua: ___ Basura: ___ Teléfono: ___ Internet: ___

Información del cabeza del hogar:

¿Ya ha aplicado a algún beneficio público? Si_ No_ Cuál si selecciono "Si"? ___

Cuál es su estado civil: _____

Cual es su # de seguro social? _____ ¿Cómo declara sus impuestos? _____

Alguien en su hogar está embarazada? Si_ No_



USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Staff Initials:	SF#: _____ Date Entered into SF: _____	F/U Needed: Yes__ No__
Service/Program:		
Notes:		

Aurora Community Connection family resource center
Acuerdo de Liberación/Renuncia e Indemnización

Yo por la presente autorizo a Aurora Community Connection (ACC) y a mi asistente a compartir la determinación final de elegibilidad de mi solicitud de seguro de salud y a divulgar información confidencial entre ellos y con el Departamento de Servicios Humanos, Connect for Health Colorado, la Asociación de Centros de Recursos Familiares, Aunt Bertha, FRCAForce', SalesForce y otros con el propósito de brindar asistencia a mi y/o mi familia.

Yo, el abajo firmante, entiendo que la participación en las clases de ejercicios a través de ACC implica ciertos riesgos inherentes de lesión, a pesar de todas las precauciones de seguridad tomadas por ACC y los instructores. Por lo tanto, asumiré todos los riesgos, lesiones o enfermedades que puedan ocurrir durante la participación en cualquier actividad o uso de las instalaciones durante el programa de ejercicios. En el caso de que necesite tratamiento médico debido a un accidente, una lesión o causas naturales mientras estoy registrado y participando en el programa, autorizo al personal y operadores de ACC a tomar las medidas necesarias para cuidarme. Por la presente, doy permiso para que ACC, el personal/voluntarios asociados y los operadores utilicen su mejor criterio para organizar mi tratamiento médico de emergencia además de contactar a mi contacto de emergencia lo mejor que puedan. Certifico que soy completamente responsable de todos los gastos incurridos debido al tratamiento médico o dental que el personal de ACC considere necesario. Al firmar este formulario, reconozco que estoy al tanto de los riesgos potenciales de participar en actividades y/o programas y de ninguna manera tengo a ACC o sus subsidiarias o afiliadas, o sus respectivos gerentes, agentes o empleados, o la instalación o sus operadores ("Liberaciones") son responsables de cualquier lesión que pueda sufrir. YO, POR MI MISMO, MI ESPOSO, Y MIS HIJO(S), HAGO LIBREMENTE, ABSOLVIENDO, INDEMNIZAMOS, Y TENGO LIBERACIONES SIN LLEGAR CONTRA CUALQUIER



RECLAMACIÓN DE LESIÓN O MUERTE A MI HIJO(S) EN RELACIÓN CON CUALQUIER Y TODAS LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS.

Por la presente, otorgo una licencia a ACC, y a sus agentes, incluidas las agencias de publicidad, para usar y autorizar a otros a usar nombres, voz grabado, o imagen en cualquier audio, video, exhibición fotográfica o video en vivo o grabado transmisión con fines de promoción y publicidad relacionada con la organización y cualquier evento o programa futuro relacionado con ACC.

Al firmar, certifico que he leído y entiendo el contenido de este formulario, incluyendo la Autorización de FRCAForce para divulgar información que se encuentra en el reverso de esta página.

Firma: _____ **Fecha:** _____

1 Una descripción completa de cómo ACC recopila y utiliza sus datos en FRCAForce se encuentra en la parte posterior de esta página. Asegúrese de revisar esto antes de firmar.



FRCAForce Authorization to Release Information

Our agency participates in FRCAforce, a multi-agency case management system. FRCAforce is a system for service providers across the Family Resource Center Association (FRCA) to facilitate resource access and case coordination. By signing this authorization form, you are agreeing to allow our agency to share your information with other FRCA Member Centers for the purpose of coordinating resources and services on your behalf.

Who May Receive My Information?

A current list of FRCA Member Centers is available at www.cofamilycenters.org.

How Will My Information be Used and Disclosed?

Your information will be shared for the purpose of coordinating resources and services on your behalf, including benefit determination and case coordination.

What Information May be Shared?

- Name
- Date of Birth
- County of Residence
- Number of Household Members
- Zip Code
- Resource Center

I, AUTHORIZE my information as outlined above to be shared by and among the FRCA Member Centers via FRCAforce a shared, online data system.

I understand that only information that is necessary to facilitate resource access, benefit determination, and case coordination will be shared with Member Centers.

I also understand that additional Member Centers may join the FRCA network after I have signed this consent form, and I agree that any later added Member Centers may access my information for the purposes described herein.

I acknowledge that anonymized (non-identifying) data about the services I receive may be used by FRCA for the purposes of research and program evaluation.

BY SIGNING THIS FORM, I UNDERSTAND THAT:

All Member Centers covered by this authorization are contractually required to maintain the confidentiality of my information.

I am not required to give permission to release my information in order to receive benefits or services from Aurora Community Connection or another Member Center.

I have the right to revoke this authorization at any time, except to the extent that a Member Center has acted in reliance upon it, by sending written notification to Aurora Community Connection.

I may acquire a copy of this release at my request.

Expiration of Authorization: Unless terminated earlier by me, this authorization will expire one year from the date signed.