



**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

|                         |                                                         |                               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Staff Initials:</b>  | <b>SF#:</b> _____<br><b>Date Entered into SF:</b> _____ | <b>F/U Needed: Yes__ No__</b> |
| <b>Service/Program:</b> |                                                         |                               |
| <b>Notes:</b>           |                                                         |                               |

### **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**

### **Autorización para Divulgar Información**

Nuestra agencia participa en FRCAForce, un sistema de gestión de casos que involucra a varias agencias. FRCAForce es un sistema utilizado por proveedores de servicios dentro de la Asociación de Centros de Recursos Familiares (FRCA, por sus siglas en inglés) para facilitar el acceso a recursos y la coordinación de casos. Al firmar este formulario de autorización, usted acepta que nuestra agencia comparta su información con otros Centros Miembros de FRCA con el propósito de coordinar recursos y servicios en su nombre.

¿Quién puede recibir mi información?

Una lista actual de los Centros Miembros de FRCA está disponible en:  
[www.cofamilycenters.org](http://www.cofamilycenters.org)

¿Cómo se usará y divulgará mi información?

Su información se compartirá con el propósito de coordinar recursos y servicios en su nombre, incluyendo la determinación de beneficios y la coordinación de casos.

¿Qué información puede compartirse?

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Condado de residencia
- Número de personas en el hogar
- Código postal
- Centro de recursos

Yo, AUTORIZO que mi información, según se describe arriba, sea compartida entre los Centros Miembros de FRCA a través de FRCAForce, un sistema de datos compartido en línea. Entiendo que solo se compartirá la información necesaria para facilitar el acceso a recursos, la determinación de beneficios y la coordinación de casos. También entiendo que pueden agregarse nuevos Centros Miembros a la red FRCA después de haber firmado este formulario de consentimiento, y estoy de acuerdo en que esos nuevos Centros también puedan acceder a mi información para los fines descritos en este documento. Reconozco que datos anonimizados (sin identificación personal) sobre los servicios que recibo pueden ser utilizados por FRCA con fines de investigación y evaluación de programas.



AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- Todos los Centros Miembros cubiertos por esta autorización están obligados por contrato a mantener la confidencialidad de mi información.
- No estoy obligado(a) a dar permiso para divulgar mi información para poder recibir beneficios o servicios de Aurora Community Connection o de otro Centro Miembro.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en los casos en que un Centro Miembro ya haya actuado en base a ella, enviando una notificación por escrito a Aurora Community Connection.
- Puedo solicitar una copia de esta autorización si así lo deseo.

Vencimiento de la autorización:

A menos que yo la cancele antes, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de firma.