

Vista del Camino Client Information Sheet

CLIENT NUMBER: _____ CONSENT DATE: _____ REFERRAL: _____

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION AS BEST AS POSSIBLE. DATE: _____ TIME: _____

LEGAL NAME: _____ Birthdate: _____
(LAST) (FIRST) (M.I.)

ADDITIONAL/PREFERRED NAME: _____ SS#: _____ GENDER: _____

RACE: _____ HISPANIC: YES /NO What is your marital status? _____

ADDRESS: _____ ZIP CODE: _____

PHONE: _____ ARE YOU CURRENTLY WORKING? YES/NO

OCCUPATION: _____ EMPLOYER: _____

How long have you been employed? _____ PREVIOUS EMPLOYER: _____

What was the last year of school that you completed? _____ Are you currently enrolled in school? Yes/No
 If yes, which school? _____

SPOUSE/PARTNER: _____ Birthdate: _____ GENDER: _____

Soc Sec # _____ RACE: _____ HISPANIC: YES NO

CURRENT EMPLOYER: _____ List the last year of school that was completed? _____

LIST ALL CHILDREN AND ADDITIONAL ADULTS IN THE HOME (Fill as much as possible, use back of form if necessary)

Last Name, First Name	Date of Birth	Soc Sec Number	School/Grade/Employer	Race
	-- / -- / ----	--- - - - -		
	-- / -- / ----	--- - - - -		
	-- / -- / ----	--- - - - -		
	-- / -- / ----	--- - - - -		
	-- / -- / ----	--- - - - -		
	-- / -- / ----	--- - - - -		

TOTAL IN HOME: _____ Who else lives in the home/relationship to you? _____

1. Is this your first visit to Vista del Camino? Yes No
2. Approximate date of last visit? _____
3. How did you hear about Vista del Camino? _____
4. Briefly describe your current situation for needing assistance. _____

Please Do Not Fill Below This Point:

PETS: Y N TYPE _____ DISABILITY: N Y - PHYS _____ CMI _____
 MILITARY: AD V R NG _____ AUTO: YR: _____ MAKE: _____ PAYMENT: \$ _____
 HOUSING: MORTGAGE \$ _____ RENT \$ _____ SECTION 8/SUBSIDIZED \$ _____
 NAME OF APT. COMPLEX: _____ LANDLORD PHONE: _____
 HOW LONG IN SCOTTSDALE: _____ RELOCATED FROM _____
 SUPPORT SYSTEM/FAMILY/FRIENDS IN AREA: _____

<i>Client Signature</i>	<i>Date</i>

<i>Client Signature</i>	<i>Date</i>

Vista del Camino Hoja de Información del Cliente

CLIENT NUMBER: _____ CONSENT DATE: _____ REFERRAL: _____

Por favor complete la siguiente información completamente: La fecha: _____ La hora: _____
 Nombre Legal: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido) (Nombre)
 Nombre preferido: _____ Num de seguro social: _____ Género: _____
 Raza: _____ Latino/a: Sí/No Estado Civil? Casado/a – Soltero/a – Divorciado/a – Viudo/a - Viviendo Juntos
 Dirección: _____ Código Postal: _____
 Num de teléfono: _____ Está empleado/a? Sí/No : _____
 Profesión _____ Nombre del empleador/a: _____
 Por cuánto tiempo ha estado empleado/a? _____
 Nombre del empleador/a anterior? _____
 Cuál fue el último año de escuela que completó? _____ Actualmente está inscrito en la escuela/Universidad?
 Que sí, a cual escuela/Universidad va? _____

 Nombre de su Esposo/a -Pareja: _____ Fecha de nacimiento: _____ Genero: _____
 Num de seguro social # _____ Raza: _____ Latino/a: Sí/No
 Está empleado/a? Sí/No : _____ Nombre del empleador/a: _____
 Cuál fue el último año de escuela que completó? _____

ANOTE TODOS LOS NIÑOS Y LOS ADULTOS ADICIONALES EN EL HOGAR (Utilice el lado revés de esta papel si es necesario)

Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	Num de Seguro Social	Nivel de la escuela, Nombre de la escuela o trabajo	Raza
_____	__/__/____	____-____-____	_____	_____
_____	__/__/____	____-____-____	_____	_____
_____	__/__/____	____-____-____	_____	_____
_____	__/__/____	____-____-____	_____	_____
_____	__/__/____	____-____-____	_____	_____

El número total de todas las personas en el hogar: _____
 Quien más vive en el hogar, y cuál es la relación a usted? _____

 1. Esta es la primera vez en Vista del Camino? Si No
 2. Cuando fue la última vez que vino a Vista del Camino? _____
 3. Quien le refirió a Vista del Camino? _____
 4. Describe la situación actual que le ha causado pedir asistencia. _____

Please Do Not Fill Below This Point:

PETS: Y N TYPE _____ DISABILITY: N Y - PHYS _____ CMI _____
 MILITARY: AD V R NG _____ AUTO: YR: _____ MAKE: _____ PAYMENT: \$ _____
 HOUSING: MORTGAGE \$ _____ RENT \$ _____ SECTION 8/SUBSIDIZED \$ _____
 NAME OF APT. COMPLEX: _____ LANDLORD PHONE: _____
 HOW LONG IN SCOTTSDALE: _____ RELOCATED FROM _____
 SUPPORT SYSTEM/FAMILY/FRIENDS IN AREA: _____

<i>Client Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Client Signature</i>	<i>Date</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____