



Meals on Wheels

FOR SANTA CRUZ COUNTY

COMMUNITY BRIDGES
PUENTES DE LA COMUNIDAD



APLICACIÓN DEL CLIENTE

COMIDAS ENTREGADAS A CASA

Por favor envíe la aplicación completa por correo electrónico a MOWINFO@cbridges.org, de fax al (831) 464-1633, o por correo postal a 1777-A Capitola Rd Santa Cruz CA 95062.

Fecha de hoy _____

Información Del Cliente

Apellido	_____	Nombre	_____
Domicilio	_____		_____
Ciudad	_____	#de Tel. Casa	_____
Codigo Postal	_____	#de Celular	_____
Ultimos 4 digitos de su seguro social	_____	Fecha de Nacimiento	____ / ____ /19

Información Del Contacto en Caso de Emergencia

Contacto de Emergencia	_____	Relación	_____
#de Tel. Casa	_____	#de Celular	_____
Domicilio	_____	Estado	_____
		Codigo Postal	_____

Contacto de Emergencia	_____	Relación	_____
#de Tel. Casa	_____	#de Celular	_____
Domicilio	_____	Estado	_____
		Codigo Postal	_____

Información de Referencia (Opcional)

Nombre/Agencia de Referencia	_____	#de Referencia	_____
Nombre de su Doctor	_____	# de su Doctor	_____

Datos Demográficos

Sexo	M / F	Estado Civil:		Raza o Etnicidad	
Bajos Recursos	Si/ No	Soltero/a	<input type="checkbox"/>	Caucásico	<input type="checkbox"/>
Vive Solo/a	Si / No	Casado/a	<input type="checkbox"/>	Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>
Veterano/a	Si / No	Compañero/a Domestico	<input type="checkbox"/>	Indigeno Americano	<input type="checkbox"/>
Recibe Seguro Social de Discapacidad	Si / No	Separado/a	<input type="checkbox"/>	Asiatico	<input type="checkbox"/>
Recibo Medi-Cal	Si / No	Divorciado/a	<input type="checkbox"/>	Negro Afroamericano	<input type="checkbox"/>
Hablo Español Solamente	Si / No	Viudo/a	<input type="checkbox"/>	Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/>
				Otro:	<input type="checkbox"/>
				Me niego a contestar.	<input type="checkbox"/>

Guarda una dieta especial? _____

Barrera de comunicación alguna? _____