



Older Americans / Older Californian Act /  
County General Fund Programs  
**REGISTRATION FORM 2018-19**

Gracias por tomar el tiempo para completar esta encuesta. Por favor imprima las respuestas a las preguntas de los dos lados de esta forma. Su respuesta de ayuda extrema. Todas sus respuestas serán mantenidas con **extricta confidencialidad**.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Telefono

Fecha de Nacimiento\*\* (Mes/Día/Año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SITIO DE COMIDA: \_\_\_\_\_

\*\*Para ser legible para este programa tiene que tener 60 años o más (nacido en 1956 o antes).  
Usted tiene menos de 60 años, Usted no necesita registrarse y tiene que pagar \$6.00.

Si

Es Usted la cabeza de la familia?  Si  No

Cual es su genero? (Marque solo uno)

- Masculino  - Femenino  
 - Transgenero femenino a masculino  
 - Transgenero masculino a femenino  - Genderqueer/ Genero No-binario  
 - No listado/ Por favor especifique: \_\_\_\_\_  - Rechazado/no declarado

Cual era su sexo al nacer? (Marque solo uno)

- Masculino  - Femenino  - Rechazado /no declarado

Como tu describes tu orientacion sexual o identidad sexual? (Marque solo uno)

- Derecho/ heterosexual  - Bisexual  
 - Gay/Lesbiana/Gay mismo sexo amoroso  
 - No listado/ por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 - Rechazado/ no declarado

Etnicidad:  - Hispanic o Latino  - No Hispanic o Latino  - Desconocido

Raza:

- |                                                   |                                                               |                                            |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - Caucasian (W)          | <input type="checkbox"/> - American Indian/Alaska Native (AI) |                                            |
| <input type="checkbox"/> - African American/Black | <input type="checkbox"/> - Asian Indian (AS)                  | <input type="checkbox"/> - Cambodian (CA)  |
| <input type="checkbox"/> - Chinese (CH)           | <input type="checkbox"/> - Filipino (FI)                      | <input type="checkbox"/> - Japanese (JA)   |
| <input type="checkbox"/> - Korean                 | <input type="checkbox"/> - Laotian (LA)                       | <input type="checkbox"/> - Vietnamese (VI) |
| <input type="checkbox"/> - Other Asian            | <input type="checkbox"/> - Guamanian (GU)                     | <input type="checkbox"/> - Hawaiian (HA)   |
| <input type="checkbox"/> - Samoan (SA)            | <input type="checkbox"/> - Other Pacific Islander (OP)        |                                            |
| <input type="checkbox"/> - Other Race (OR)        | <input type="checkbox"/> - Decline to State (RM)              |                                            |

**Idioma Preferido:**
-English      -Chinese      -Spanish      -Indian      -Tagalog

-Vietnamese      -Cambodian      -Dari/Farsi      -Other \_\_\_\_\_

**Estatus de Veterano:**      -U.S. Veterano      -N/A

**Usted vive en una area rural?**       Si       No

(Lugar geográfico que tiene menos de 2,500 personas y no es un suburbio de una ciudad ?)

 Si       No

**Por favor indique su ingreso mensual de toda el hogar**

1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas
<input type="checkbox"/> \$1,005 - \$2,033	<input type="checkbox"/> \$1,005 - \$2,325	<input type="checkbox"/> \$1,005 - \$2,616	<input type="checkbox"/> \$1,005 - \$2,904
<input type="checkbox"/> \$2,033 - \$3,392	<input type="checkbox"/> \$2,325 - \$3,875	<input type="checkbox"/> \$2,616 - \$4,358	<input type="checkbox"/> \$2,904 - \$4,841
<input type="checkbox"/> \$3,392 - \$3,412	<input type="checkbox"/> \$3,875 - \$3,898	<input type="checkbox"/> \$4,358 - \$4,384	<input type="checkbox"/> \$4,841 - \$4,870
<input type="checkbox"/> \$3,412 - \$5,229	<input type="checkbox"/> \$3,898 - \$5,975	<input type="checkbox"/> \$4,384 - \$6,729	<input type="checkbox"/> \$4,870 - \$7,466
<input type="checkbox"/> \$5,229 - \$6,092	<input type="checkbox"/> \$5,975 - \$6,958	<input type="checkbox"/> \$6,729 - \$7,829	<input type="checkbox"/> \$7,466 - \$8,700

**INICIATIVA DE CRIBADO NUTRICIONAL**

Lea las declaraciones a continuación. Encierre en un círculo el número en la columna "Sí" que corresponda

	YES
Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y la cantidad de alimentos que como.	2
Yo como menos de 2 comidas al dia.	3
Como menos de 5 porciones (1/2 taza cada una) de frutas o verduras o productos lacteos.	2
Yo bebo 3 cervezas, licor, o vino casi todos los dias.	2
Yo tengo problemas masticando, tragando y /o tengo problemas con mis dientes o boca para comer.	2
Yo la mayor parte de el tiempo no tengo dinero para comprar la comida que necesito.	4
Yo como sola la mayor parte de el tiempo.	1
Yo tomo 3 o mas prescripciones the venta libre.	1
Sin querer, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses.	2
No siempre puedo físicamente comprar, cocinar y / o alimentarme.	2
Puntaje TOTAL	
Declinado por el Estado	

**Completado por:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_