BEHAVIORAL HEALTH APPLICATION FOR SERVICES

San Luis Obispo Behavioral Health Department	☐ DAS 2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (805)-781- 4275 FAX (805) 781-1227	☐ MH 2178 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (800) 838-1381 FAX (805) 781-1177

INFO de REFERENCIA Quien lo referio? (marque todo lo que aplique)				
	☐Uno mismo ☐Escuela ☐Empleador ☐Familia ☐Amigos	☐ DUI ☐Carcel ☐Medico ☐Hospital Medico ☐Servicios de bienestar de ninos ☐Servicios Sociales	☐Corte ☐Probación ☐Parole ☐Corte de Proposición 36 ☐Corte de Droga de Adulto en Felonía ☐Libertad a la comunidad. AB109	☐Crisis Mobil ☐Practica de Salud Mental Privada ☐Salud Mental del Condado ☐Otro Hospital Psiquiátrico ☐Rehabilitación Vocacional ☐SAFE
	☐OTRO especifique:		☐OTRO especifique:	☐OTRO especifique:

Nombre de Aplicante (Primero, Segundo, Ultimo, Jr. Sr., I o II) Name			
Nombre de Aplicante Como Aparece en el Acta de Nacimiento: Full name as it appears on birth certificate			
Sexo Gender ☐ Femenino ☐Masculino ☐Transgénero	Fecha de Nacimiento DOB	Fecha de Nacimiento es ☐Actual ☐Estimada	Edad
Domicilio Applicant Street Address	Ciudad City	Estado State	Código Postal Zip
Domicilio de Correo (Si es diferente al de arriba) Mailing Address	Ciudad City	Estado State	Código Postal Zip
Teléfono de Casa/Mensaje Home/Message Phone	Teléfono de Celular Cell Phone	☐ OK para dejar mensaje? OK to leave message?	Correo Electrónico Email Address
No. Licencia de Conducir Driver's License Number	Estado de Licencia de Conducir Driver's License State	Numero de Seguro Social Social Security Number	Razón de no dar el NSS Reason no SSN given

LUGAR DE NACIMIENTO BIRTHPLACE	☐Condado de SLO SLO County	Otro CONDADO de CA -Especifique Other CA COUNTY- Specify	Otro ESTADO Especifique Other STATE Specify	Otro CONDADO Especifique Other COUNTRY Specify

ESTADO CIVIL MARITAL STATUS	PRIMER Nombre de MADRE del Aplicante? Applicants MOTHER'S FIRST Name?	☐ Soltero Never Married	☐ Casado Married	☐ Viudo Widowed	☐Divorciado Divorced	☐Separado Separated	☐ Pareja Domestica Domestic Partner

PERTENENCIA ETNICA RACE ETHNICITY	Es de origen Hispano o Latino? Are you of Hispanic or Latin origin? ☐ Si ☐ No					
		☐Blanco	☐Otro Hispano	☐Laotiano	☐Guamaniano	☐Otra Raza Especifique:
		☐Negro	☐Hawaiiano	☐Cambodiano	☐Nativo de Alaska	
		☐Nativo Americano	☐Japones	☐Koreano	☐Samoaniano	
		☐Mexicano/Americano	☐Chino	☐Otro Asiano	☐Indigeno Asiano	
		☐Latino Americano	☐Filipino	☐Vietnamiso	☐Raza Mixta	

LENGUAJE LANGUAGE	▪ LANGUAGE PRIMORDIAL ☐ Ingles ☐Español ☐Lenguaje de Senas Otro (Especifique)	☐Servicios necesarios en otro lenguaje que Ingles
	LENGUAJE PREFERIDO ☐ Ingles ☐Español ☐Lenguaje de Senas Americano ☐ Otro (Especifique)	

EMPLEO WORK	☐Empleado tiempo completo(35 hrs o mas a semana)35 hrs or more	☐Desempleado (buscando trabajo) seeking work	☐No en la fuerza laboral (no buscando trabajo)not seeking
	☐Parte de tiempo (menos de 35 hrs por semana)less than 35hrs	☐Desempleado (no buscando trabajo) not seeking	Sin trabajar por (razón)?

VIVIENDA Living Arrangements				
	☐Casa/Apt/Casa Mobil house/apt/mobil	☐Sin Hogar en Trancicion homeless	☐Casa de Rehabilitación de Droga rehab	☐Instalación Correccional Adulto correccional facily
	☐Hotel, Motel	☐Sin Hogar no residencia de Condado	☐Dormitorio, cuartel, campamento military	☐Hogar de Sobriedad sober home
	☐Amigo/Otro friend/other	☐Casa Hogar/Grupo group home	☐Casa Hogar (Niños/Jóvenes) foster home	☐Otro other

FAMILIA FAMILY				
	Esta Embarazada? ☐Si ☐No pregnant?	Fecha de Parto: Due date	Numero de Ninos 0-5 Anos Kids 0-5 yrs	Numero de Niños 6-17 Anos Kids 6-17 yrs
	Tiene un caso con Servicios de Protección Infantil? ☐Si ☐No Have an open CWS case?		Numero de hijos menores de 18 que cuida 50% del tiempo # of children under 18 you care for 50% of the time	
	Numero de dependientes mayores de 18 anos que vive con usted 50% del tiempo # of dependents older than 18 that live with you 50% of the time			

EDUCACION EDUCATION			
	Ultimo Grado Completado Highest grade completed	Programa Vocacional ☐Si ☐No Vocational program	Nombre de Escuela School Name
	Especifique Titulo Specify degree	Especifique Programa Vocacional Specify vocational program	Distrito Escolar de Residencia School District

DESABILIDAD DISABILITY	☐1 Oído ☐2 Visual ☐3 Movilidad ☐4 Hablar ☐6 Salud ☐7 Deshabilitad de Desarrollo ☐8 Otro(no droga o alcohol) ☐12 Mental
	Hearing Visual Mobility Speech Health Developmentally Disabled Other(not drug or alcohol Mental

MILITAR Military		
	Es Veterano ☐Si ☐No ☐Declinación a contestar Veteran? Decline to answer	Discapacidad en conexión con servicio militar ☐Si ☐No Disability in connection with military service
	Tiene Beneficios Veteranos: ☐Si ☐No VA Benefits?	Si tiene, cual es el numero reclamativo: VA Claim#

Otros Nombres Usados Other names used	Primero first	Medio Middle	Apellido Last
CONTACTO DE EMERGENCIA Emergency Info	Nombre Name	Telefono Phone	Teléfono de Trabajo Work phone
	Domicilio Address		Relacion al Aplicante Relationship
INFORMACION LEGAL Legal Info	Nombre y Teléfono de Oficial de Probación # Name and phone # of Probation Officer	# de Caso de Corte Court case #	Nombre y Teléfono de Trabajador Social Name and phone of Social Worker
	Nombre y Telefono de Oficial de Parole Name and phone of Parole Officer	CDC #	Otro/Conservador/Corte Juvenil 300/601/602 Other/Conservatorship/Juvenile Court

INGRESOS		
	Ingreso Mensual Familiar? Family Monthly income	Cuantas personas viven bajo su ingreso incluyendo usted? # of persons on income
	MediCal? ☐Si ☐No MediCal?	Numero de MediCal/CIN (ej. 123456789A) MediCal #
	Numero de Medicare Medicare #	Seguro Privado ☐Si ☐ No Private insurance

NOMBRE DE CLIENTE: Client name	FECHA Date	NUMERO DE CLIENTE Client #