

BEHAVIORAL HEALTH APPLICATION FOR SERVICES

San Luis Obispo Behavioral Health Department		<input type="checkbox"/> DAS 2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (805)-781- 4275 FAX (805) 781-1227		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> Carcel <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Hospital Medico <input type="checkbox"/> Servicios de bienestar de ninos <input type="checkbox"/> Servicios Sociales	<input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Probación <input type="checkbox"/> Parole <input type="checkbox"/> Corte de Proposición 36 <input type="checkbox"/> Corte de Droga de Adulto en Felonia <input type="checkbox"/> Libertad a la comunidad. AB109	<input type="checkbox"/> Crisis Mobil <input type="checkbox"/> Practica de Salud Mental Privada <input type="checkbox"/> Salud Mental del Condado <input type="checkbox"/> Otro Hospital Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional <input type="checkbox"/> SAFE	<input type="checkbox"/> OTRO especifique:	<input type="checkbox"/> OTRO especifique:
	Nombre de Apicante (Primero, Segundo, Ultimo, Jr. Sr., I o II) Name					
Nombre de Apicante Como Aparece en el Acta de Nacimiento: Full name as it appears on birth certificate						
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Sin respuesta		Fecha de Nacimiento DOB		Fecha de Nacimiento es <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Estimada		
Edad		Domicilio Applicant Street Address		Ciudad City		
Domicilio de Correo (Si es diferente al de arriba) Mailing Address		Estado State		Código Postal zip		
Teléfono de Casa/Mensaje Home/Message Phone		Teléfono de Celular Cell Phone		<input type="checkbox"/> OK para dejar mensaje? OK to leave message?		
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		Otro ESTADO Especifique Other STATE Specify		Otro CONDADO Especifique Other COUNTRY Specify		
LUGAR DE NACIMIENTO BIRTHPLACE		<input type="checkbox"/> Condado de SLO SLO County Otro CONDADO de CA -Especifique Other CA COUNTY- Specify		Otro CONDADO Especifique Other COUNTRY Specify		
ESTADO CIVIL MARITAL STATUS		PRIMER Nombre de MADRE del Apicante? Applicants MOTHER'S FIRST Name? <input type="checkbox"/> Soltero Never Married <input type="checkbox"/> Casado Married <input type="checkbox"/> Viudo Widowed <input type="checkbox"/> Divorciado Divorced <input type="checkbox"/> Separado Separated <input type="checkbox"/> Pareja Domestica Domestic Partner				
PERTENENCIA ETNICA RACE ETHNICITY		Es de origen Hispano o Latino? Are you of Hispanic or Latin origin? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino Americano <input type="checkbox"/> Otro Hispano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Laotiano <input type="checkbox"/> Cambodiano <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamiso <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Samoaniano <input type="checkbox"/> Indigeno Asiatico <input type="checkbox"/> Raza Mixta Otra Raza Especifique:				
LENGUAJE LANGUAGE		LENGUAJE PRIMORDIAL <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Senas Otro (Especifique) LENGUAJE PREFERIDO <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Senas Americano <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) <input type="checkbox"/> Servicios necesarios en otro lenguaje que Ingles				
EMPLEO WORK		<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo (35 hrs o mas a semana) 35 hrs or more <input type="checkbox"/> Parte de tiempo (menos de 35 hrs por semana) less than 35hrs <input type="checkbox"/> Desempleado (buscando trabajo) seeking work <input type="checkbox"/> Desempleado (no buscando trabajo) not seeking <input type="checkbox"/> No en la fuerza laboral (no buscando trabajo) not seeking Sin trabajar por (razón)?				
VIVIENDA Living Arrangements		<input type="checkbox"/> Casa/Apt/Casa Mobil house/apt/mobil <input type="checkbox"/> Hotel, Motel <input type="checkbox"/> Amigo/Otro friend/other <input type="checkbox"/> Sin Hogar en Trancicion homeless <input type="checkbox"/> Sin Hogar no residencia de Condado <input type="checkbox"/> Casa Hogar/Grupo group home <input type="checkbox"/> Casa de Rehabilitación de Droga rehab <input type="checkbox"/> Dormitorio, cuartel, campamento military <input type="checkbox"/> Casa Hogar (Niños/Jóvenes) foster home <input type="checkbox"/> Instalación Correccional Adulto correccional facility <input type="checkbox"/> Hogar de Sobriedad sober home <input type="checkbox"/> Otro other				
FAMILIA FAMILY		Esta Embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No pregnant? Fecha de Parto: Due date Numero de Ninos 0-5 Anos Kids 0-5 yrs Numero de Ninos 6-17 Anos Kids 6-17 yrs Tiene un caso con Servicios de Protección Infantil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 años 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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 1 Oído Hearing <input type="checkbox"/> 2 Visual Visual <input type="checkbox"/> 3 Movilidad Mobility <input type="checkbox"/> 4 Hablar Speech <input type="checkbox"/> 6 Salud Health <input type="checkbox"/> 7 Deshabilitad de Desarrollo Developmentally Disabled <input type="checkbox"/> 8 Otro (no droga o alcohol) Other (not drug or alcohol) <input type="checkbox"/> 12 Mental Mental				
MILITAR Military		Es Veterano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Declinación a contestar Decline to answer Discapacidad en conexión con servicio militar Disability in connection with military service <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene Beneficios Veteranos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No VA Benefits? Si tiene, cual es el numero reclamativo: VA Claim#				
Otros Nombres Usados Other names used		Primeros first		Medio Middle		
CONTACTO DE EMERGENCIA Emergency Info		Nombre Name		Telefono Phone		
INFORMACION LEGAL Legal Info		Nombre y Teléfono de Oficial de Probación # Name and phone # of Probation Officer		Nombre y Teléfono de Trabajador Social Name and phone of Social Worker		
INGRESOS		Nombre y Telefono de Oficial de Parole Name and phone of Parole Officer		Relacion al Apicante Relationship		
INGRESOS		Ingreso Mensual Familiar? Family Monthly Income		Cuantas personas viven bajo su ingreso incluyendo usted? # of persons on income		
INGRESOS		MediCal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MediCal?		Numero de MediCal/CIN (ej. 123456789A) MediCal #		
INGRESOS		Numero de Medicare Medicare #		Seguro Privado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Private insurance		
NOMBRE DE CLIENTE: Client name		FECHA Date		NUMERO DE CLIENTE Client #		