



GOLDEN CRESCENT AREA AGENCY ON AGING
 120 S. MAIN, SUITE 210 VICTORIA, TEXAS 77901
 361-578-1587, EX 215, 1-800-252-9240, OR DIAL 2-1-1, FAX 361-578-8865

CLIENT INTAKE AND SERVICE REQUEST FORM
FORMA DE ADMISIÓN Y SOLICITUD DE SERVICIOS PARA CLIENTES

The information on this form is required by your local service provider, the Area Agency on Aging (AAA), and the Texas Department of Aging and Disability Services. All information provided will be kept confidential and guarded against unofficial use. Information gathered through an intake or through an assessment may be shared to effectively plan, arrange and deliver services to meet individual client needs.

Esta solicitud contiene información que exigen el proveedor de servicios locales, la Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) y el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas. Toda la información se mantendrá confidencial y protegida contra el uso no oficial. La información obtenida mediante el proceso de admisión o una valoración se puede divulgar para planear, organizar y prestar los servicios eficazmente para satisfacer las necesidades individuales del cliente.

Release of information has been clearly explained to the client.

La divulgación de información se ha explicado claramente al cliente.

Client's Primary Language: _____

Date: _____ **Client ID Number:** _____
 (Fecha): _____ (Número de identificación del cliente): _____ NA _____

Last Name: _____ **MI:** _____ **First Name:** _____
 (Apellido): _____ (Inicial): _____ (Nombre): _____

Street Address/Apt. #: _____
 (Dirección/ Núm. de Apto.): _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____ **County:** _____
 (Ciudad): _____ (Estado): _____ (Código postal): _____ Condado): _____

Phone: _____ **Gender: Male (Masculino)** **Birth Date:** _____
 (Teléfono): (____) _____ **(Sexo) Female (Femenino)** **(Fecha de nacimiento):** _____

Ethnicity (Check One): _____ **Race (Check all that apply):** _____ **Marital Status (Check One):** _____
 (Origen étnico) (Marque su respuesta): (Raza) (Marque todas las pertinentes): (Estado civil) (Marque su respuesta):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Hispanic or Latino
(Hispano o latino) | <input type="checkbox"/> (1) White – Non Hispanic
(Blanca no hispana) | <input type="checkbox"/> (1) Married
(Casado) |
| <input type="checkbox"/> (2) Not Hispanic or Latino
(No hispano o latino) | <input type="checkbox"/> (2) White – Hispanic
(Blanca hispana) | <input type="checkbox"/> (2) Widowed
(Viudo) |
| <input type="checkbox"/> (3) Ethnicity Not Reported
(No se indicó el origen étnico) | <input type="checkbox"/> (3) American Indian/Alaska Native
(Nativa americana/nativa de Alaska) | <input type="checkbox"/> (3) Divorced
(Divorciado) |
| | <input type="checkbox"/> (4) Asian
(Asiática) | <input type="checkbox"/> (4) Separated
(Separado) |
| | <input type="checkbox"/> (5) Black or African American
(Negra o afro americana) | <input type="checkbox"/> (5) Never Married
(Soltero) |
| | <input type="checkbox"/> (6) Native Hawaiian or Pacific Islander
(Nativa hawaiana/de las islas del Pacífico) | <input type="checkbox"/> (6) Not Reported
(No se indicó) |
| | <input type="checkbox"/> (7) Persons Reporting Some Other Race
(Otra) | |
| | <input type="checkbox"/> (8) Race Not Reported
(No se indicó la raza) | |

Does client live alone? Yes No
 (¿Vive solo el cliente?) (Si) (No)

Total Number of Family Members in Household Including Client: _____
 (Número total de los miembros de la unidad familiar contando al cliente): _____

Monthly Household Income: _____ **Low Income** **Moderate Income** **High Income**
 Ingresos mensuales de la unidad familiar: \$ _____ Ingresos bajos Ingresos moderados Ingresos altos

{Low Income Levels for: Single person family unit – \$11,490; Two person family unit – \$15,510; Add \$4,020 for each additional person

Monthly Income from: (Ingresos mensuales de:)	Individual (Persona)	Spouse (Cónyuge)
	Job (Trabajo) _____	_____
	Social Security (Seguro Social) _____	_____
	SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) _____	_____
	VA (Administración de Veteranos) _____	_____
	Other Sources (Otras fuentes) _____	_____
	Other Benefits (e.g., Food Stamps) Otros beneficios (por ejemplo, Estampillas para Comida) _____	_____

Emergency Contact Information

Información del contacto en caso de emergencia

Contact Name: _____ **Phone:** _____
 (Nombre del contacto) _____ (Teléfono) (_____) _____

Relationship: _____
 Relación _____

Primary Care Physician: _____ **Phone:** _____
 Doctor: _____ not applicable _____ (Teléfono) (_____) _____ not applicable _____

Service(s) Requested

Servicios solicitados _____

Are you enrolled in? Medicare Medicaid

Referred By (Enviado a servicios por):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Texas Department of Family & Protective Services (DFPS)
(Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas) | <input type="checkbox"/> Home & Community Care Organization
(Organización de Atención en el Hogar y en la Comunidad) |
| <input type="checkbox"/> Texas Department of Assistive & Rehabilitative Services (DARS)
(Departamento de Servicios Auxiliares y de Rehabilitación de Texas) | <input type="checkbox"/> Family Member
(Un familiar) |
| <input type="checkbox"/> Texas Department of State Health Services (DSHS)
(Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas) | <input type="checkbox"/> Other
(Otras) |
| <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Assisted Living Facility
(Doctor) (Hospital) (Centros de atención con la vida diaria) | |

Signature of AAA/Provider Staff Completing Intake
 (Firma del personal de la AAA o del proveedor que llena esta forma)

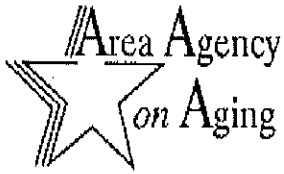
Date (Fecha) _____

To be completed by AAA/provider staff

Nutrition Services: If participant is "other Older Americans Act or NSIP eligible participant under 60 year of age", check which of the following applies:

Servicios de nutrición: Si el cliente es "menor de 60 años y llena los requisitos bajo la Ley para Americanos de Edad Avanzada (OAA) o NSIP", marque la respuesta que sea pertinente al cliente:

- | | |
|---|--------------------------|
| (1) Spouse is eligible and participates at the nutrition site.
(El cónyuge llena los requisitos y participa en un centro de nutrición). | <input type="checkbox"/> |
| (2) Serves as volunteer at the nutrition site in accordance with OAA standards.
(Es voluntario en un centro de nutrición en conformidad con las normas de la OAA). | <input type="checkbox"/> |
| (3) Disabled/resides in the housing facility and wants to participate in the congregate meal program provided at the site.
(Está discapacitado o vive en un centro residencial y quiere participar en el programa de alimentos en grupo de este centro). | <input type="checkbox"/> |
| (4) Disabled and lives with the person participating in congregate meal program.
(Está discapacitado y vive con una persona que participa en el programa de alimentos en grupo). | <input type="checkbox"/> |



Area Agency on Aging of Golden Crescent

Client Rights & Responsibilities for Older Americans Act Programs

The Area Agency on Aging of Golden Crescent welcomes you as a participant in programs for older individuals and family caregivers in our region. This program is mandated by the Older Americans Act of 1965, as amended, and provides access and assistance and other supportive services. The programs and services are administered by the Area Agency on Aging with funding provided through the Texas Department of Aging and Disability Services, client contributions and local funding.

Programs and services are designed for individuals age 60 or older and/or their family members and other caregivers. Our goal is to assist older individuals in leading independent, meaningful and dignified lives in their own homes and communities as long as possible through the provision of limited support services. Information will not be released to anyone, or any agency without your informed consent, with the exception of records subpoenaed by a court of law.

Client rights and responsibilities:

1. You have the right to be treated with respect and consideration. You have the right to have your property treated with respect.
2. You may not be denied services on the basis of race, religion, color, national origin, sex, disability, marital status, or inability and/or unwillingness to contribute.
3. You have the right to make a complaint/grievance or recommend changes to policy or service, without restraint, interference, coercion, discrimination or reprisal. To make a complaint or grievance contact the Area Agency on Aging. Contact information is identified below:

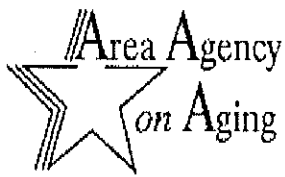
Service Provider Information:	Area Agency on Aging Information
	<p>Cindy Cornish, AAA Director Golden Crescent AAA 120 S. Main, Suite 210 Victoria, TX 77901 361-578-1587, ex 223 1-800-252-9240 cindyco@gcrpc.org</p> <p>Joe E. Brannan, GCRPC Executive Director Golden Crescent Regional Planning Commission 120 S. Main, Suite 210 Victoria, TX 77901 361-578-1587 jbrannan@gcrpc.org</p>

4. You have the right to participate in the development of a care plan to address unmet needs. N/A
5. You have the right to be informed in writing of available services and the applicable charges if the services are not covered or are unavailable by Medicare, Medicaid, health insurance, or Older Americans Act funding. N/A
6. You have the right to make an independent choice of service providers from the list furnished by the Area Agency on Aging where multiple service providers are available and change service providers when desired. N/A
7. You have the right to be informed of any change in service(s). N/A
8. You have the right to make a voluntary, confidential, contribution for services received through the Area Agency on Aging. Services will not be denied if an eligible participant is unable or chooses not to make a contribution. All contributions will be kept confidential and will be utilized to expand or enhance the service(s) for which they were provided.
9. You have the responsibility to inform the Area Agency on Aging or its service provider(s) of your intent to withdraw from the program or any known periods of absenteeism when services will not be utilized. N/A
10. You have the responsibility to provide the Area Agency on Aging or its services provider(s) with complete and accurate information.

I hold harmless this Area Agency on Aging program, its parent organization, funders, and the sponsoring state agencies for any liability arising out of the services provided in accordance with program guidelines.

Client Signature

Date



Agencia del Área para Adultos Mayores de Golden Crescent
Derechos y responsabilidades del cliente de programas bajo
la Ley para Americanos de Edad Avanzada

La Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) de Golden Crescent le da la bienvenida a usted como participante de los programas para personas mayores y cuidadores de la familia de nuestra región. Este programa se hace por mandato de la Ley para Americanos de Edad Avanzada de 1965, con sus enmiendas, y ofrece acceso, asistencia y otros servicios de apoyo. La Agencia del Área para Adultos Mayores administra estos programas y servicios con fondos del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas, de contribuciones de clientes y fondos locales.

Los programas y los servicios se han diseñado para las personas de 60 años en adelante, para los miembros de sus familias y otros cuidadores. Nuestra meta es ayudar a los adultos mayores a llevar vidas independientes, con significado y con dignidad en sus propias casas y comunidades por cuanto tiempo sea posible, por medio de la prestación de servicios de apoyo limitados. Su información no se divulgará a nadie ni a ningún departamento sin su consentimiento informado, con la excepción de los expedientes que la corte ordene.

Derechos y responsabilidades del cliente:

1. Tiene el derecho de ser tratado con respeto y consideración. Tiene el derecho de que se trate su propiedad con respecto.
2. Tiene el derecho de que no le nieguen los servicios debido a su raza, religión, color, origen nacional, sexo, discapacidad, estado civil o debido a que no puede o no está dispuesto a contribuir.
3. Tiene el derecho de presentar una queja o agravio o recomendar cambios a las normas o servicios, sin sufrir restricciones, interferencias, coacción, discriminación o represalias. Para presentar una queja o un agravio, comuníquese con la Agencia del Área para Adultos Mayores. La información de contacto se da a continuación:

Información del Proveedor de Servicios:	Información de la Agencia del Área para Adultos Mayores
	Cindy Cornish, AAA Director Golden Crescent AAA 120 S. Main, Suite 210 Victoria, TX 77901 361-578-1587, ex 223 1-800-252-9240 cindyco@gcrpc.org Joe E. Brannan, GCRPC Executive Director Golden Crescent Regional Planning Commission 120 S. Main, Suite 210 Victoria, TX 77901 361-578-1587 jbrannan@gcrpc.org

4. Tiene el derecho de participar en la formulación de un plan de atención para atender las necesidades que no han sido satisfechas. No aplica
5. Tiene el derecho de que le informen por escrito sobre los servicios disponibles y los cargos pertinentes si los servicios no están cubiertos o no están disponibles por medio de Medicare, Medicaid, seguro médico o fondos de la Ley para Americanos de Edad Avanzada. No aplica
6. Tiene derecho a escoger independientemente al proveedor de servicios de la lista provista por la Agencia del Área para Adultos Mayores donde hay disponibles varios proveedores de servicios, y a cambiar de proveedor de servicios cuando lo desee. No aplica
7. Tiene el derecho de que le informen de cualquier cambio en los servicios. No aplica
8. Tiene el derecho de hacer una contribución voluntaria y confidencial por los servicios que haya recibido por medio de la Agencia del Área para Adultos Mayores. Los servicios no se negarán si un participante que llena los requisitos no puede o no quiere hacer una contribución. Todas las contribuciones se mantendrán de manera confidencial y se usarán para extender o mejorar los servicios para los cuales se donaron.
9. Tiene la responsabilidad de informar a la Agencia del Área para Adultos Mayores o a su proveedor de servicios de su intención de retirarse del programa o de cualquier periodo de ausencia durante el cual no se utilizarán los servicios. No aplica
10. Tiene la responsabilidad de proporcionar a la Agencia del Área para Adultos Mayores o a sus proveedores de servicios información completa y exacta.

Libero de toda responsabilidad a este programa de la Agencia del Área para Adultos Mayores, su organización matriz, los donadores, y a los departamentos estatales patrocinadores de cualquier responsabilidad que surja de los servicios proporcionados de acuerdo con las pautas del programa.

Firma del cliente

Fecha



Area Agency on Aging of Golden Crescent

120 S. Main, Suite 210 Victoria, Texas 77901 361-578-1587, 1-361-578-8865 (fax), 1-800-252-9240, or dial 2-1-1

Client Information Release

Client Name:	Client ID: NA
By signing this authorization, you are giving the Area Agency on Aging (AAA) _____ permission to release all or part of your information provided, which includes health information. Failure to provide this authorization will result in limited service by the AAA. This release includes access to a continuum of service(s) available through the AAA or its providers.	

PARTS A, B & C TO BE COMPLETED BY CLIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE

I authorize the Area Agency on Aging to release my information to the following person or agency for the purpose(s) stated in Part A. My information will remain available to the person or agency indicated in accordance with the expiration event or date in Part B.

PART A – Release of Information
I understand that my information may contain protected health information. Release my information to the following person or agency: <input type="checkbox"/> Any person or agency necessary to meet my service needs.
<input type="checkbox"/> Only the persons or entities identified:
Check one of the following: <input type="checkbox"/> Release all of my information. <input type="checkbox"/> Release only the following information:

PART B – Purpose of Release
<input type="checkbox"/> General: To assist in assessing, arranging, and meeting individual service needs.
<input type="checkbox"/> Specific:
<input type="checkbox"/> Expiration: This authorization expires at point of reassessment, where applicable, or within three years of effective date.

PART C – Signature	
(Client or Personal Representative)	(Date)
<input type="checkbox"/> Check if you are signing for the client and please describe your authority to act for the client on the following line:	
Note: If the person requesting the release of information cannot sign his/her name, two witnesses to his/her mark (X) must sign below. Accept one witness signature in circumstances where it is not possible to obtain two witness signatures. Document the reason in the client file.	
Witness:	Date:
Witness:	Date:

Notice to Client:

- ✓ Once the authorization to release your information is granted, the AAA is not responsible for any redisclosure of the information by the recipient.
- ✓ You can withdraw permission you have given the AAA to use or disclose health information that identifies you, unless the AAA has already taken action based on your permission. You must withdraw your permission in writing.



Agencia del Área para Adultos Mayores de Golden Crescent

120 S. Main, Suite 210 Victoria, Texas 77901 361-578-1587, 1-361-578-8865 (fax), 1-800-252-9240, or dial 2-1-1

Divulgación de información del cliente

Nombre del cliente:	Identificación del cliente:
Al firmar esta autorización, usted da a la Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) _____ permiso para divulgar toda o parte de su información provista, que incluye información médica. Si no firma esta autorización, la AAA limitará los servicios que le ofrece. Esta autorización de divulgación da acceso a una gama de servicios disponibles por medio de la AAA o de sus proveedores.	

EL CLIENTE O SU REPRESENTANTE PERSONAL DEBE LLENAR LAS PARTES A, B Y C

Yo autorizo a la Agencia del Área para Adultos Mayores para que divulgue mi información a las siguientes personas o departamentos con el propósito indicado en la Parte A. La información estará disponible para la persona o el departamento indicado hasta el evento o la fecha de vencimiento anotada en la Parte B.

PARTE A. Divulgación de información
Entiendo que la información puede contener información médica protegida. Divulguen mi información a la siguiente persona o departamento: <input type="checkbox"/> Cualquier persona o departamento, si se tiene que hacer para satisfacer mis necesidades de servicios.
<input type="checkbox"/> Sólo a las personas o entidades identificadas:
Marque una de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> Divulguen toda mi información. <input type="checkbox"/> Divulguen sólo la siguiente información:

PARTE B. Propósito de la divulgación
<input type="checkbox"/> General: asistir en evaluación, hacer arreglos, y a satisfacer las necesidades personales de servicios.
<input type="checkbox"/> Específico:
Expiración: Esta autorización expira en el punto de la reevaluación, donde esto se aplica, o tres años después de la fecha de vigencia.

PARTE C. Firmas	
(Cliente o Representante personal)	(Fecha)
<input type="checkbox"/> Marque este cuadro si firmó en nombre del cliente y describa en el siguiente renglón qué autoridad tiene para actuar por el cliente:	
Nota: si la persona que pide la divulgación de información no puede firmar su nombre, dos testigos de su marca (X) tienen que firmar a continuación. Acepte la firma de un solo testigo cuando no sea posible obtener la firma de dos testigos. Documente la razón en el archivo de cliente.	
Testigo:	Fecha:
Testigo:	Fecha:

Aviso al cliente:

- ✓ Una vez que se conceda la autorización para divulgar su información, la AAA no se hace responsable de ninguna divulgación de la información de parte del destinatario.
- ✓ Usted puede retirar el permiso que le haya dado a la AAA para usar o divulgar información de salud que lo identifique a usted, a menos que la AAA ya haya tomado alguna acción de acuerdo con su permiso. Si quiere retirar el permiso, tiene que hacerlo por escrito.