



Forma de Registro Conexiones

Servicios de Traslado e Integración

Para una cita, por favor llamar, mandar un mensaje, o WhatsApp a **Autumn 320-444-7875**

Datos personales		<u>POR LA OFICINA</u>	
<i>Toda de la información proporcionada a Conexiones es confidencial</i>		Fecha Recibido ___/___/___	Mentor _____
Fecha de hoy ___/___/___			
Nombre _____ Apellido _____		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección _____			
Ciudad _____		Estado _____ Código postal _____	
Celular _____			
Dirección de correo electrónico _____			
La mejor manera para comunicarse: <input type="checkbox"/> Llamar por celular <input type="checkbox"/> Texto por celular <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> E-Mail			
La mejor hora para comunicarse _____			
Empleo/Ocupación _____			
Fecha en la que su familia y/o usted llegó o llegará a Morris o al Condado ___/___/___			

Esposo(a) (si aplica) _____			
Los miembros de su familia que viven o vivirán con usted:			
1. Nombre _____	Fecha de Nacimiento ___/___/___	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M
2. Nombre _____	Fecha de Nacimiento ___/___/___	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M
3. Nombre _____	Fecha de Nacimiento ___/___/___	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M
4. Nombre _____	Fecha de Nacimiento ___/___/___	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M
5. Nombre _____	Fecha de Nacimiento ___/___/___	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M

Necesidades o Información (Marcar todas que apliquen)	
<i>Todas de los servicios y información provenir por Conexiones son gratis.</i>	
<input type="checkbox"/> Salud:(Información y asistencia) <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Oftalmólogo <input type="checkbox"/> Seguro de salud	<input type="checkbox"/> Educación: <input type="checkbox"/> Preescolar (3, 4 y 5 años) <input type="checkbox"/> Primaria (1 ^{er} – 6 ^{to} grado) <input type="checkbox"/> Secundaria y prepa (7 ^{mo} -12 ^{vo} grado) <input type="checkbox"/> ESL (Clases de inglés gratuitas)
<input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Servicios: Cable, teléfono, electricidad, gas, agua, basura, internet. <input type="checkbox"/> Muebles para la casa (ayuda para encontrar muebles) <input type="checkbox"/> Lavandería <input type="checkbox"/> Ropa (especial para invierno)	<input type="checkbox"/> Bancario <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Seguro para el carro o de arrendatario <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Interpretación / Traducción
<input type="checkbox"/> Tour para conocer la ciudad	
<input type="checkbox"/> Otras (especifique) _____	



Notificación de derechos del cliente/confidencialidad para Conexiones

Como cliente de Conexiones, usted tiene los siguientes derechos relacionados con la confidencialidad de su información personal y de sus comunicaciones con el personal o los voluntarios de Conexiones:

1. La información que usted provee a Conexiones se mantendrá tan confidencial como esté permitido por la ley.
2. Usted puede escoger qué información quiere proveer a Conexiones. No se le negará acceso a los servicios si opta por no proveer cierta información que lo identifique.
3. La información que usted provee a Conexiones que incluye su nombre, dirección, teléfono y cualquier otra información personal no se compartirá con otras personas o agencias sin su autorización.
4. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de esta notificación o de sus derechos, o si le preocupa que su información confidencial no se trató de manera adecuada, por favor comuníquese con Autumn Carlson al 320-444-7875.

Cliente: Yo, _____,
he recibido notificación de mis derechos de confidencialidad. Fecha: _____

Conexiones: Yo, _____,
he explicado esta notificación al cliente. Fecha: _____

Conexiones
PO Box 346
618 Atlantic Ave
Morris MN 56267
320-444-7875
autumnc@conexiones-mn.org