

TCP ID # \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

## OTHER PEOPLE IN THE HOME

The mission of The Caring Place is to provide for the basic human needs of all people in our community in a welcoming, respectful and caring way.

### OTHER PERSON IN HOME

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

HOW IS THIS PERSON RELATED?  FAMILY MEMBER  OTHER RELATION

GENDER:  FEMALE  MALE  NON-BINARY

RACE/ETHNICITY:  AFRICAN AMERICAN/BLACK  HISPANIC/LATINA/LATINO  
 AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE  ASIAN  WHITE  
 MULTI-RACIAL OR OTHER  NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER

DOES THIS PERSON HAVE HEALTH INSURANCE:  YES  NO

IS THIS PERSON WORKING:  YES  NO IS THIS PERSON IN THE MILITARY OR A VETERAN:  YES  NO

### OTHER PERSON IN HOME

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

HOW IS THIS PERSON RELATED?  FAMILY MEMBER  OTHER RELATION

GENDER:  FEMALE  MALE  NON-BINARY

RACE/ETHNICITY:  AFRICAN AMERICAN/BLACK  HISPANIC/LATINA/LATINO  
 AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE  ASIAN  WHITE  
 MULTI-RACIAL OR OTHER  NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER

DOES THIS PERSON HAVE HEALTH INSURANCE:  YES  NO

IS THIS PERSON WORKING:  YES  NO IS THIS PERSON IN THE MILITARY OR A VETERAN:  YES  NO

### OTHER PERSON IN HOME

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

HOW IS THIS PERSON RELATED?  FAMILY MEMBER  OTHER RELATION

GENDER:  FEMALE  MALE  NON-BINARY

RACE/ETHNICITY:  AFRICAN AMERICAN/BLACK  HISPANIC/LATINA/LATINO  
 AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE  ASIAN  WHITE  
 MULTI-RACIAL OR OTHER  NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER

DOES THIS PERSON HAVE HEALTH INSURANCE:  YES  NO

IS THIS PERSON WORKING:  YES  NO IS THIS PERSON IN THE MILITARY OR A VETERAN:  YES  NO

TCP ID # \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## OTRAS PERSONAS EN EL HOGAR

La misión de The Caring Place es satisfacer las necesidades humanas básicas de todas las personas de nuestra comunidad de una manera acogedora, respetuosa y considerada.

### OTRA PERSONA EN SU HOGAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

¿CUAL ES SU RELACIÓN CON ESTA PERSONA?  MIEMBRO DE LA FAMILIA  OTRA RELACIÓN

GÉNERO:  FEMENINO  MASCULINO  NO-BINARIO

RAZA/ETNICIDAD:  AFROAMERICANO/NEGRO  HISPANO/LATINO  
 INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA  ASIÁTICO  BLANCO  
 MULTI-RACIAL O OTRO  NATIVO HAWAIANO O DE ISLA DEL PACÍFICO

¿TIENE ESTA PERSONA SEGURO MÉDICO? :  SÍ  NO ¿ESTÁ TRABAJANDO ESTA PERSONA?  SÍ  NO  
¿ESTA PERSONA ES MILITAR ACTIVO O VETERANO?  SÍ  NO

### OTRA PERSONA EN SU HOGAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

¿CUAL ES SU RELACIÓN CON ESTA PERSONA?  MIEMBRO DE LA FAMILIA  OTRA RELACIÓN

GÉNERO:  FEMENINO  MASCULINO  NO-BINARIO

RAZA/ETNICIDAD:  AFROAMERICANO/NEGRO  HISPANO/LATINO  
 INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA  ASIÁTICO  BLANCO  
 MULTI-RACIAL O OTRO  NATIVO HAWAIANO O DE ISLA DEL PACÍFICO

¿TIENE ESTA PERSONA SEGURO MÉDICO? :  SÍ  NO ¿ESTÁ TRABAJANDO ESTA PERSONA?  SÍ  NO  
¿ESTA PERSONA ES MILITAR ACTIVO O VETERANO?  SÍ  NO

### OTRA PERSONA EN SU HOGAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

¿CUAL ES SU RELACIÓN CON ESTA PERSONA?  MIEMBRO DE LA FAMILIA  OTRA RELACIÓN

GÉNERO:  FEMENINO  MASCULINO  NO-BINARIO

RAZA/ETNICIDAD:  AFROAMERICANO/NEGRO  HISPANO/LATINO  
 INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA  ASIÁTICO  BLANCO  
 MULTI-RACIAL O OTRO  NATIVO HAWAIANO O DE ISLA DEL PACÍFICO

¿TIENE ESTA PERSONA SEGURO MÉDICO? :  SÍ  NO ¿ESTÁ TRABAJANDO ESTA PERSONA?  SÍ  NO  
¿ESTA PERSONA ES MILITAR ACTIVO O VETERANO?  SÍ  NO