

Today's Date: _____

Enrollment Paperwork for Sister Carmen Community Center

HEAD OF HOUSEHOLD

(Person who will most often come to Sister Carmen)

Legal Name: _____ **Date of Birth:** ____/____/____
First Middle Last MM/DD/YYYY

Preferred Name: _____

Address: _____ ☐ currently experiencing homelessness

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____ **County:** ☐ Boulder ☐ Weld ☐ _____

Phone Number: _____ **Can we reach you by Text?** ☐ Yes ☐ No

Gender: ☐ Man ☐ Woman ☐ Transgender ☐ Gender Non-conforming ☐ Prefer not to answer ☐ _____

Pronouns: ☐ she/her/hers ☐ he/him/his ☐ they/their/theirs ☐ Other _____

Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ African-American/ Black ☐ White ☐ Hawaiian/Pacific Islander
☐ Native American ☐ Middle Eastern or North African ☐ Hispanic/Latino/Chicano ☐ Other: _____

Number of People in Household: _____

Household Monthly Income (after deductions/taxes): \$ _____ *(income does not impact access to services)*

Have You Ever Served in the US Armed Forces? ☐ Yes ☐ No

Number of Children (17 and under) in Household: _____

Relationship Status: ☐ Cohabitant ☐ Divorced ☐ Domestic Partner ☐ Married ☐ Separated ☐ Single ☐ Widowed

Primary Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Arabic – العربية ☐ Dari – دری ☐ Chinese - 中文 ☐ Other: _____

Employment Status: ☐ Full-time ☐ Part-time Regular ☐ Part-time Sporadic ☐ Retired ☐ Self Employed ☐ Unemployed ☐ NA

Does the family have internet at home? ☐ Yes ☐ No

Do you have health insurance? ☐ Yes ☐ No

Do you identify as having a disability? ☐ Yes ☐ No

Please answer each question, these answers may help us connect you to additional resources:

- Are you or is another adult in your household employed full time? ☐ Yes ☐ No
- Do you have stable housing? ☐ Yes ☐ No
- Are you generally able to get where you need to go using a personal vehicle or public transportation? ☐ Yes ☐ No
- Are you able to access enough food to feed yourself and your family? ☐ Yes ☐ No
- Have you finished high school or obtained your GED? ☐ Yes ☐ No
- Does everyone in your family have health insurance? ☐ Yes ☐ No
- If you are caring for a child
 - Do you have quality childcare, if needed? ☐ Yes ☐ No ☐ NA
 - Are all of your school-aged children enrolled in the current school year? ☐ Yes ☐ No ☐ NA

Email: _____

I would like to receive the Sister Carmen e-newsletter *Empower Now*. It is specifically for participants to get information faster about SCCC happenings, including events, closures, classes and resources ☐ Yes ☐ No

Community Connect
Authorization to Release Information

Our agency participates in the Community Connect case management system. Connect is a shared system for service providers in the community designed to help people manage their support services, learn about benefits they may qualify for, and connect with agency staff for assistance in enrollment or eligibility. Connect is managed by the Boulder County Department of Housing & Human Services.

By signing this authorization form, you are agreeing to allow Connect Partner Agencies to share your information for the purpose of coordinating resources and services on your behalf.

Who May Share My Information?

Partner Agencies include county human and social services agencies, non-profit community organizations, and other care coordination entities that you are receiving or may be eligible to receive services from. A current list of Connect Partner Agencies is provided with this form and is available at <https://bouldercountyconnect.force.com/apex/connectpartneragencies>

Additional Partner Agencies may join the Connect network after I have signed this authorization, and I agree that later added Partner Agencies may access my information for the purposes described herein.

How Will My Information be Used and Disclosed?

Your information may be exchanged by Connect Partner Agencies for the purpose of coordinating resources and services on your behalf, including benefit determination and case management. Only information that is necessary or appropriate to manage resource access, benefit determination, and case coordination will be shared.

What Information May be Shared?

Partner Agencies may exchange the following types of information (as applicable):

- Name, date of birth, demographic and contact information
- Program enrollment and benefits/services received
- Case notes, assessments and planning activities
- Employment and income information
- Photo ID (e.g., driver's license, passport, military or other government issued ID) and/or birth certificate (for identity verification)
- Basic household information, including any of the above information about your minor children

BY SIGNING THIS FORM, I UNDERSTAND THAT:

- I am not required to sign this authorization in order to apply for or receive benefits or services from Partner Agencies.
- All Partner Agencies covered by this authorization are contractually required to maintain the confidentiality of my information. Partner Agencies must follow all federal and state laws and regulations that apply to release of my information.
- Partner Agencies may use anonymized (non-identifying) data for program evaluation, assessment, and other legal purposes.
- I may revoke this authorization at any time, except to the extent that a Partner Agency has acted in reliance upon it, by sending written notification to any Partner Agency.
- I may acquire a copy of this release at my request.

Expiration of Authorization: Unless terminated earlier by me, this authorization will expire one (1) year from the date signed.

By signing below, I certify that I have read and understand the content of this form.

Print Client Name:	Date of Birth:
Signature of Client/Client Representative:	Date:
If Client Representative, Relationship to Client:	

Staff Attestation:

I have reviewed the *Connect Authorization to Release Information* with this client. I further attest that our organization shall maintain the client's signed authorization on file.

Staff/Volunteer Signature:	Date:
-----------------------------------	--------------

Other Members of the Household – Do not include Head of Household here

Individual #1 **Other Members of the Household – Do not include Head of Household here**

Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last MM/DD/YYYY

Relationship to Head of Household: _____ Phone Number (if different): _____

Gender: ☐ Man ☐ Woman ☐ Transgender ☐ Gender Non-conforming ☐ _____

Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ African-American/ Black ☐ White ☐ Hawaiian/Pacific Islander

☐ Native American ☐ Middle Eastern or North African ☐ Hispanic/Latino/Chicano ☐ Other: _____

Health Insurance: ☐ Yes ☐ No Identify as having a disability: ☐ Yes ☐ No

Individual #2

Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last MM/DD/YYYY

Relationship to Head of Household: _____ Phone Number (if different): _____

Gender: ☐ Man ☐ Woman ☐ Transgender ☐ Gender Non-conforming ☐ _____

Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ African-American/ Black ☐ White ☐ Hawaiian/Pacific Islander

☐ Native American ☐ Middle Eastern or North African ☐ Hispanic/Latino/Chicano ☐ Other: _____

Health Insurance: ☐ Yes ☐ No Identify as having a disability: ☐ Yes ☐ No

Individual #3

Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last MM/DD/YYYY

Relationship to Head of Household: _____ Phone Number (if different): _____

Gender: ☐ Man ☐ Woman ☐ Transgender ☐ Gender Non-conforming ☐ _____

Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ African-American/ Black ☐ White ☐ Hawaiian/Pacific Islander

☐ Native American ☐ Middle Eastern or North African ☐ Hispanic/Latino/Chicano ☐ Other: _____

Health Insurance: ☐ Yes ☐ No Identify as having a disability: ☐ Yes ☐ No

Individual #4

Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last MM/DD/YYYY

Relationship to Head of Household: _____ Phone Number (if different): _____

Gender: ☐ Man ☐ Woman ☐ Transgender ☐ Gender Non-conforming ☐ _____

Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ African-American/ Black ☐ White ☐ Hawaiian/Pacific Islander

☐ Native American ☐ Middle Eastern or North African ☐ Hispanic/Latino/Chicano ☐ Other: _____

Health Insurance: ☐ Yes ☐ No Identify as having a disability: ☐ Yes ☐ No

Individual #5

Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last MM/DD/YYYY

Relationship to Head of Household: _____ Phone Number (if different): _____

Gender: ☐ Man ☐ Woman ☐ Transgender ☐ Gender Non-conforming ☐ _____

Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ African-American/ Black ☐ White ☐ Hawaiian/Pacific Islander

☐ Native American ☐ Middle Eastern or North African ☐ Hispanic/Latino/Chicano ☐ Other: _____

Health Insurance: ☐ Yes ☐ No Identify as having a disability: ☐ Yes ☐ No

Individual #6

Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last MM/DD/YYYY

Relationship to Head of Household: _____ Phone Number (if different): _____

Gender: ☐ Man ☐ Woman ☐ Transgender ☐ Gender Non-conforming ☐ _____

Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ African-American/ Black ☐ White ☐ Hawaiian/Pacific Islander

☐ Native American ☐ Middle Eastern or North African ☐ Hispanic/Latino/Chicano ☐ Other: _____

Health Insurance: ☐ Yes ☐ No Identify as having a disability: ☐ Yes ☐ No

Individual #7

Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last MM/DD/YYYY

Relationship to Head of Household: _____ Phone Number (if different): _____

Gender: ☐ Man ☐ Woman ☐ Transgender ☐ Gender Non-conforming ☐ _____

Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ African-American/ Black ☐ White ☐ Hawaiian/Pacific Islander

☐ Native American ☐ Middle Eastern or North African ☐ Hispanic/Latino/Chicano ☐ Other: _____

Health Insurance: ☐ Yes ☐ No Identify as having a disability: ☐ Yes ☐ No

Individual #8

Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last MM/DD/YYYY

Relationship to Head of Household: _____ Phone Number (if different): _____

Gender: ☐ Man ☐ Woman ☐ Transgender ☐ Gender Non-conforming ☐ _____

Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ African-American/ Black ☐ White ☐ Hawaiian/Pacific Islander

☐ Native American ☐ Middle Eastern or North African ☐ Hispanic/Latino/Chicano ☐ Other: _____

Health Insurance: ☐ Yes ☐ No Identify as having a disability: ☐ Yes ☐ No

Fecha de Hoy: _____

Papeleo de Inscripción para el Centro Comunitario Sister Carmen

INFORMACIÓN SOBRE LA CABEZA DE HOGAR

(Persona que vendrá con mayor frecuencia a Sister Carmen)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Primer Segundo Apellido MM/DD/AAAA

Nombre Preferido: _____

Dirección: _____ ☐ Actualmente sin hogar

Ciudad: _____ Estado: ☐ CO ☐ _____ Código Postal: _____ Condado: : ☐ Boulder ☐ Weld ☐ _____

Número de teléfono: _____ ¿Por texto? ☐ Sí ☐ No

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Género no conforme ☐ Prefiero no responder ☐ _____

Pronombres: ☐ ella/la ☐ el/ellos ☐ elle/elles ☐ otro _____

Raza/ Origen Étnico: ☐ Asiático(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Nativo Americano ☐ Caucásico(a) ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico
☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Hispano(a)/Latino(a)/Chicano(a) ☐ Otro: _____

Número de personas en el hogar: _____

Ingresos mensuales del hogar (después de deducciones): \$_____ (los ingresos no afectan el acceso a los servicios)

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Número de Menores (17 años o menor) en el Hogar: _____

Estado matrimonial: ☐ Cohabitante ☐ Divorciado(a) ☐ Parejo(a) de Hecho ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a)

Idioma Principal: ☐ Español ☐ Inglés ☐ árabe – العربية ☐ Dari – دری ☐ Chino - 中文 ☐ Otro: _____

Estado de Empleo: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo Regular ☐ Medio Tiempo Temporal ☐ Jubilado
☐ Trabajo por cuenta propia ☐ Desempleado ☐ N/A

¿Tiene Internet en casa (no incluyendo plan de celular)? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene Seguro Médico? ☐ Sí ☐ No

¿Se identifica usted como una persona con discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Responda cada pregunta, estas respuestas pueden ayudarnos a conectarlo con recursos adicionales:

- ¿Usted u otro adulto en el hogar es empleado de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene vivienda estable? ☐ Sí ☐ No
- ¿Por lo general puede llegar a donde necesita a través de un vehículo personal o transporte público? ☐ Sí ☐ No
- ¿Puede obtener los suficientes alimentos para usted y su familia? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha terminado la preparatoria o ha obtenido el GED? ☐ Sí ☐ No
- ¿Todos en su familia tienen seguro médico? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene cuidado de niños de alta calidad? ☐ Sí ☐ No ☐ NA
- ¿Todos los niños en edad escolar están matriculados en la escuela? ☐ Sí ☐ No ☐ NA

Correo Electrónico: _____

Quiero recibir la publicación "Empower Now" por correo electrónico. Se dedica específicamente para que los participantes reciban la información sobre los eventos, clases, y recursos disponibles en Sister Carmen. ☐ Sí ☐ No

Community Connect
Autorización para divulgar información

Nuestra agencia participa en el sistema de administración de casos Community Connect. Connect es un sistema compartido entre los proveedores de servicios de la comunidad que fue diseñado para ayudar a las personas a administrar sus servicios de apoyo, informarse sobre los beneficios para los que pueden calificar y conectarse con el personal de la agencia para obtener ayuda con la inscripción o elegibilidad. Connect es administrado por el Departamento de Vivienda y Servicios Humanos del Condado de Boulder.

Al firmar este formulario de autorización, usted manifiesta que está de acuerdo en permitir que las agencias asociadas con Connect compartan su información con el propósito de coordinar recursos y servicios en su nombre.

¿Quién puede compartir mi información?

Las agencias asociadas incluyen las dependencias de servicios humanos y sociales del condado, organizaciones comunitarias sin fines de lucro y otras entidades de coordinación de la atención que usted recibe o que puede ser elegible para recibir servicios. Este formulario incluye una lista actualizada de las agencias asociadas con Connect, la que también está disponible en <https://bouldercountyconnect.force.com/apex/connectpartneragencies>

Otras agencias asociadas pueden integrarse a la red Connect después de que yo haya firmado esta autorización, y estoy de acuerdo en que las agencias asociadas que se agreguen posteriormente puedan acceder a mi información para los propósitos aquí descritos.

¿Cómo se usará y divulgará mi información?

Su información puede ser intercambiada por las agencias asociadas de Connect con el propósito de coordinar recursos y servicios en su nombre, lo que incluye la determinación de beneficios y la administración del caso. Sólo se compartirá la información que sea necesaria o apropiada para administrar el acceso a recursos, la determinación de beneficios y la coordinación de casos.

¿Qué información puede compartirse?

Las agencias asociadas pueden intercambiar los siguientes tipos de información (según corresponda):

- Nombre, fecha de nacimiento, datos demográficos e información de contacto
- Inscripción en el programa y beneficios o servicios recibidos
- Notas de casos, evaluaciones y actividades de planificación
- Información sobre empleo e ingresos
- Identificación con fotografía (por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte, identificación militar u otra emitida por el gobierno) y/o acta de nacimiento (para verificación de la identidad)
- Información básica del hogar, incluidos los datos anteriores sobre sus hijos menores de edad

SU FIRMA EN ESTE FORMULARIO SIGNIFICA QUE ENTIENDE LO SIGUIENTE:

- No estoy obligado a firmar esta autorización para solicitar o recibir beneficios o servicios de las agencias asociadas.
- Todas las agencias asociadas cubiertas por esta autorización están obligadas por contrato a mantener la confidencialidad de mi información. Las agencias asociadas deben cumplir con todas las leyes y reglamentos federales y estatales que correspondan a la divulgación de mi información.
- Las agencias asociadas pueden utilizar datos anónimos (no identificativos) para la evaluación de los programas, valoración y otros fines legales.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que alguna agencia asociada haya actuado con base en ella, y para ello, sólo tengo que enviar una notificación por escrito a la agencia asociada.
- Puedo obtener una copia de esta autorización previa autorización.

Vencimiento de la autorización: A menos que yo la revoque antes, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de su firma.

Mediante mi firma a continuación, certifico que he leído y comprendo el contenido de este formulario.

Nombre del cliente en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento:
Firma del cliente o de su representante:	Fecha:
Si es representante del cliente, parentesco que tiene con el cliente:	

Certificación del personal:

He revisado con este cliente el formulario de *Autorización de Connect para divulgar información*. Además certifico que nuestra organización mantendrá la autorización firmada del cliente en nuestros archivos.

Firma del personal o voluntario:	Fecha:
---	---------------

Individuo #1 **Otros miembros del hogar: no incluya a la Cabeza de Hogar aquí**

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Segundo Apellido MM/DD/AAAA

Relación con Jefe de Hogar: _____ **Número de teléfono (si es diferente):** _____

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Género no conforme ☐ _____

Raza/ Origen Étnico: ☐ Asiático(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Nativo Americano ☐ Caucásico(a) ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Hispano(a)/Latino(a)/Chicano(a) ☐ Otro: _____

Seguro Médico ☐ Sí ☐ No **Se identifica como discapacitado** ☐ Sí ☐ No

Individuo #2

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Segundo Apellido MM/DD/AAAA

Relación con Jefe de Hogar: _____ **Número de teléfono (si es diferente):** _____

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Género no conforme ☐ _____

Raza/ Origen Étnico: ☐ Asiático(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Nativo Americano ☐ Caucásico(a) ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Hispano(a)/Latino(a)/Chicano(a) ☐ Otro: _____

Seguro Médico ☐ Sí ☐ No **Se identifica como discapacitado** ☐ Sí ☐ No

Individuo #3

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Segundo Apellido MM/DD/AAAA

Relación con Jefe de Hogar: _____ **Número de teléfono (si es diferente):** _____

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Género no conforme ☐ _____

Raza/ Origen Étnico: ☐ Asiático(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Nativo Americano ☐ Caucásico(a) ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Hispano(a)/Latino(a)/Chicano(a) ☐ Otro: _____

Seguro Médico ☐ Sí ☐ No **Se identifica como discapacitado** ☐ Sí ☐ No

Individuo #4

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Segundo Apellido MM/DD/AAAA

Relación con Jefe de Hogar: _____ **Número de teléfono (si es diferente):** _____

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Género no conforme ☐ _____

Raza/ Origen Étnico: ☐ Asiático(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Nativo Americano ☐ Caucásico(a) ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Hispano(a)/Latino(a)/Chicano(a) ☐ Otro: _____

Seguro Médico ☐ Sí ☐ No **Se identifica como discapacitado** ☐ Sí ☐ No

Individuo #5

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Segundo Apellido MM/DD/AAAA
Relación con Jefe de Hogar: _____ **Número de teléfono** (si es diferente): _____
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Género no conforme ☐ _____
Raza/ Origen Étnico: ☐ Asiático(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Nativo Americano ☐ Caucásico(a) ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Hispano(a)/Latino(a)/Chicano(a) ☐ Otro: _____
Seguro Médico ☐ Sí ☐ No **Se identifica como discapacitado** ☐ Sí ☐ No

Individuo #6

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Segundo Apellido MM/DD/AAAA
Relación con Jefe de Hogar: _____ **Número de teléfono** (si es diferente): _____
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Género no conforme ☐ _____
Raza/ Origen Étnico: ☐ Asiático(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Nativo Americano ☐ Caucásico(a) ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Hispano(a)/Latino(a)/Chicano(a) ☐ Otro: _____
Seguro Médico ☐ Sí ☐ No **Se identifica como discapacitado** ☐ Sí ☐ No

Individuo #7

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Segundo Apellido MM/DD/AAAA
Relación con Jefe de Hogar: _____ **Número de teléfono** (si es diferente): _____
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Género no conforme ☐ _____
Raza/ Origen Étnico: ☐ Asiático(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Nativo Americano ☐ Caucásico(a) ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Hispano(a)/Latino(a)/Chicano(a) ☐ Otro: _____
Seguro Médico ☐ Sí ☐ No **Se identifica como discapacitado** ☐ Sí ☐ No

Individuo #8

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Segundo Apellido MM/DD/AAAA
Relación con Jefe de Hogar: _____ **Número de teléfono** (si es diferente): _____
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Género no conforme ☐ _____
Raza/ Origen Étnico: ☐ Asiático(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Nativo Americano ☐ Caucásico(a) ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Hispano(a)/Latino(a)/Chicano(a) ☐ Otro: _____
Seguro Médico ☐ Sí ☐ No **Se identifica como discapacitado** ☐ Sí ☐ No