

ACDL Intake Worksheet / Hoja de Admision
Complete All Blue Areas (Complete Todas Las Áreas de Azul)

Date / Fecha _____ **Time / Hora** _____ **Person Taking Call**
Persona que tomo la llamada _____

Caller Name
Nombre del Visitante _____

Phone / Telefono (H) Hogar _____ (W) Trabajo _____
(O) Otra _____

Address / Domicilio _____

Client Name and Address (phone number and address if different from caller) **Disability / Discapacidad**
Nombre del Cliente y Domicilio (numero de telefono y domicilio si es diferente al de usted)

Issue / Problema _____

Are there any deadlines related to the issue that we should know about?
(¿Hay plazos relacionados con este problema que debemos conocer?) Yes / Si No

Have you contacted the Center before?
(¿Ha contactado este Centro antes?) Yes / Si No

Check One:	Special Education / Educacion Especial	Employment / Empleo	Health Care / Cuidado de Salud	Housing / Vivienda	Access / Acceso
	Abuse and Neglect / Abuso y Negligencia	Mental Health / Salud Mental			

Intake Specialist: _____ **Date:** _____

Date of Birth: / _____ **Living Arrangement / Donde Vive** _____
Fecha de Nacimiento

Male / Masculino **Female / Femenino** **Race or Ethnicity / Raza o Origen Etnico** _____

Registered to Vote **AZ Voter Registration** **Receives:** **SSI / Seguro Social** **SSDI / Seguro Social** **Both / Los Dos**
Inscrito para votar **Form (Solicitud de** **para Discapacidad**
Arizona registro de Votante)

Client Issues / Concerns / Preocupaciones y cuestiones del Cliente

Response to Client / Concerns / Respuesta al Cliente

Initial Response _____ **Substantive Response** _____

Transfer of Service Request to _____ **Closure of Service Request (if not transferred)** _____
Attorney / Advocate

Send E-Mail