

El Centro de Recuperacion del Condado de Cameron

Solicitud de Servicios

Fecha: _____ Personal: _____

Primer Nombre: _____ 2° Nombre: _____ Ultimo Nombre: _____

Direccion: _____ Anos en esa Direccion: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: () _____ Cell: _____

Numero Social: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Trabaja: Si No (Si trabaja necesita comprobante de ingresos)

Prueba de Residencia:

Identificacion con foto Recibo de renta

Medicaid: Si No Seguro Medico: Si No

Ciudad donde nacio: _____ Ciudadano de E.U. Americanos: Si No

Raza Etnica: Blanco Negro Hispano Asiatico Otro

Veterano: Si No Religion: _____

Genero: Masculino Femenino Embarazada: Si No N/A

Bilingue Ingles Espanol Primer Nombre de la Madre: _____

Contacto Permanente: _____ Telefono: _____

Cargos Legales pasados y presentes: _____

Usa Agujas: Si No No se sabe

Numero de pruebas de orin sucio _____ Fecha en que salio sucio _____

SERVICES REQUESTED:

Prescreen for indigent services: _____ **Substance Abuse / Evaluation Assessment: _____

Cameron County Divert Court: _____ USPO After Care: _____

US Pretrial Services: _____ BOP Transitional Services: _____

**Fee for Evaluation / Assessment : \$175.00