

# Application/ *Solicitud*

This is an Official Government Record. Untrue or incomplete information given on this form may and probably will result In Criminal Action being taken under Sections 31.04, 37.10, or other portions of the Texas Penal Code. *Este es un documento Oficial del Gobierno. Información incompleta o incorrecta dada en esta forma puede y probablemente resulte En Acción Criminal bajo Sección 31.04, 37.10, o en otra porción del código Penal de Texas.*

## Primary Member Information/ *Información del Miembro Principal*

Sex/ <i>Sexo</i>	<input type="checkbox"/> Male/ <i>Hombre</i> <input type="checkbox"/> Female/ <i>Mujer</i>	Primary Language/ <i>Idioma Principal</i>	<input type="checkbox"/> English/ <i>Inglés</i> <input type="checkbox"/> Spanish/ <i>Español</i>	<input type="checkbox"/> Other/ <i>Otra</i>	Marital Status/ <i>Estado Civil</i>	<input type="checkbox"/> Single/ <i>Soltero(a)</i> <input type="checkbox"/> Divorced/ <i>Divorciado(a)</i>	<input type="checkbox"/> Married/ <i>Casado(a)</i> <input type="checkbox"/> Widowed/ <i>Viudo(a)</i>	Veteran/ <i>Veterano</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>
---------------------	---	--	---	---	--	---	---	-----------------------------	---

Name/*Nombre* \_\_\_\_\_ ( ) - \_\_\_\_\_  
Last/*Apellido(s)* First/*Nombre* Middle/*Segundo* Phone Number you can be reached at/  
*Numero de teléfono donde lo podemos localizar*

Address/*Domicilio*: \_\_\_\_\_  
Street/*Apartment #/Calle/Departamento #* City/*Ciudad* State/*Estado* Zip Code/*Código Postal*

Employer/*Empleo*: \_\_\_\_\_ Hire Date/*Fecha de contratación*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Employer Address/*Domicilio del trabajo*: \_\_\_\_\_ Employer Phone/*Teléfono del trabajo* ( ) - \_\_\_\_\_

## Spouse Information/ *Esposo(a) Información*

Spouse/*Esposo(a)*: \_\_\_\_\_ ( )  
Last/*Apellido(s)* First/*Nombre* Middle/*Segundo* Date Hired/*Fecha de contratación* Employer Phone/*Teléfono del trabajo*

Spouse Employer/*Empleo Esposo(a)*: \_\_\_\_\_ Employer Address/*Domicilio de trabajo*: \_\_\_\_\_

## Family Information/ *Información de la familia*

Please list all family members./ *Por favor de nombrar a todos los miembros de su familia.*

Name/ <i>Nombre</i>	Relationship/ <i>Parentesco</i>	SS#/ <i>Seguro Social</i>	Birth date / <i>Fecha de Nacimiento</i>	Insurance / <i>Seguro</i>	MRN
1)	Self/ <i>Miembro</i>	/ /	/ /		
2)	Spouse/ <i>Esposo(a)</i>	/ /	/ /		
3)		/ /	/ /		
4)		/ /	/ /		
5)		/ /	/ /		
6)		/ /	/ /		

### Person Completing Form:

Name/*Nombre*: \_\_\_\_\_ Address/*Domicilio*: \_\_\_\_\_ Relationship/*Parentesco*: \_\_\_\_\_ Phone/*Teléfono*: ( ) \_\_\_\_\_

I authorize CareLink to verify the information provided on this application. / *Yo autorizo a CareLink que verifique la información en esta aplicación.*

Signature/*Firma*: \_\_\_\_\_ Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_