

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

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

Email address/Correo electrónico: _____ Alternate contact number/Numero alternativo: ()

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

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: _____