

Need help completing this form? Complete page 1 and email it to

admin@cabenefitssupport.com. A CBS team member will contact you within 2 business days.

1. Program / Application Type

1. Programa / Tipo de solicitud

Select all programs and assistance types that apply

Seleccione todos los programas y tipos de ayuda que correspondan

- | | |
|---|--|
| ☐ CalFresh | ☐ Medi-Cal |
| ☐ Health Access Program (HAP)
Programa de Acceso a la Salud (HAP) | ☐ Health insurance payment / Pago del seguro médico |
| ☐ Prescription payment / Pago de medicamentos recetados | ☐ Other / Otro |

Other program or application type / Otro programa o tipo de solicitud

2. Participant Information

2. Información del participante

First name / Nombre

Last name / Apellido

Date of birth / Fecha de nacimiento

Phone number / Número de teléfono

Email / Correo electrónico

Street address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

ZIP code / Código postal

Currently experiencing homelessness?

¿Se encuentra actualmente sin hogar?

☐ Yes / Sí☐ No**Preferred language**

Idioma preferido

☐ English / Inglés☐ Spanish / Español☐ Khmer / Jemer☐ Tagalog / Tagalo☐ Other / Otro**If other, specify language / Si eligió otro, especifique el idioma****U.S. citizen?**

¿Es ciudadano(a) de EE. UU.?

☐ Yes / Sí☐ No

Immigration documents, if needed, will be requested through a secure channel.

Los documentos migratorios, si se necesitan, se solicitarán por un medio seguro.

Are you a veteran?

¿Es veterano(a)?

☐ Yes / Sí☐ No**Do you receive veteran benefits?**

¿Recibe beneficios para veteranos?

☐ Yes / Sí☐ No**Monthly veteran benefits amount (\$) / Monto mensual de beneficios para veteranos (\$)****3. Household, Income & Demographics**

3. Hogar, ingresos y datos demográficos

Household size / Número de personas en el hogar**Monthly income from all sources (\$) / Ingresos mensuales de todas las fuentes (\$)**

Gender (optional)

Género (opcional)

☐ Male / Masculino☐ Female / Femenino☐ Trans MTF / Mujer trans☐ Trans FTM / Hombre trans☐ Non-binary / No binario☐ Other / Otro**If other, specify gender / Si eligió otro, especifique el género****Race / ethnicity (optional; select all)**

Raza / etnia (opcional; seleccione todas)

☐ Asian American / Pacific Islander
Asiático-estadounidense / isleño del Pacífico☐ Black / Negro/a☐ Latinx / Latino/a☐ Native American / Indígena americano/a☐ White / Blanco/a☐ Other / Otro**If other, specify race / ethnicity / Si eligió otro, especifique****4. Medical Coverage & Costs**

4. Cobertura y costos médicos

Medical insurance provider / Proveedor de seguro médico**Medi-Cal number (if applicable) / Número de Medi-Cal (si corresponde)****Medi-Cal carrier / Compañía administradora de Medi-Cal****Monthly health insurance cost (\$) / Costo mensual del seguro médico (\$)****Number of prescriptions / Número de medicamentos recetados****Monthly prescription costs (\$) / Costo mensual de medicamentos recetados (\$)**

Current out-of-pocket costs (\$) / Gastos actuales de bolsillo (\$)**Two or more ER visits / inpatient stays in the past 12 months?**

¿Dos o más visitas a urgencias u hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

☐ Yes / Sí☐ No**If yes, briefly explain / Si respondió sí, explique brevemente**

5. Qualifying Medical Condition Information

5. Información sobre condiciones médicas que califican

Qualifying medical condition(s) / Condiciones médicas que califican

Diagnosis, severity, duration, and whether chronic (if applicable) /

Diagnóstico, gravedad, duración y si es una enfermedad crónica (si corresponde)

6. Prescription Details (if applicable)

6. Detalles de medicamentos recetados (si corresponde)

Prescription 1 name / Nombre del medicamento 1**Prescription 1 monthly cost (\$) / Costo mensual del medicamento 1 (\$)****Prescription 2 name / Nombre del medicamento 2****Prescription 2 monthly cost (\$) / Costo mensual del medicamento 2 (\$)****Prescription 3 name / Nombre del medicamento 3**

Prescription 3 monthly cost (\$) / Costo mensual del medicamento 3 (\$)**Prescription 4 name / Nombre del medicamento 4****Prescription 4 monthly cost (\$) / Costo mensual del medicamento 4 (\$)****Prescription 5 name / Nombre del medicamento 5****Prescription 5 monthly cost (\$) / Costo mensual del medicamento 5 (\$)**

7. Referrer Information

7. Información de quien refiere

Referred by

Referido(a) por

☐

Self / Por cuenta propia

☐

Other / Otra persona

Referrer name / Nombre de quien refiere**Title / role / Cargo / función****Agency / organization / Agencia / organización****Referrer phone / Teléfono de quien refiere****Referrer email / Correo de quien refiere**

CBS / BENEFITS REGISTRATION FORM

Formulario de inscripción a beneficios

8. What Do You Need Help With?

8. ¿Con qué necesita ayuda?

Select all that apply / Seleccione todas las opciones que correspondan

- | | |
|---|--|
| ☐ Food assistance
Asistencia alimentaria | ☐ Health insurance / healthcare
Seguro médico / atención médica |
| ☐ Medical bills / healthcare costs
Facturas / costos médicos | ☐ Prescription medication costs
Costos de medicamentos recetados |
| ☐ Financial assistance
Asistencia financiera | ☐ Benefits application / enrollment
Solicitud / inscripción a beneficios |
| ☐ Nutrition, health or financial education
Educación nutricional, de salud o financiera | ☐ Other assistance
Otra asistencia |

If other, please specify / Si eligió otra, especifique

9. How Did You Hear About Us?

9. ¿Cómo se enteró de nosotros?

Select one or more / Seleccione una o más opciones

- | | |
|--|---|
| ☐ Instagram | ☐ Facebook |
| ☐ Friend
Amigo/a | ☐ Food pantry
Despensa de alimentos |
| ☐ Other
Otro | |

If other, please describe / Si eligió otro, describa

10. Additional Information

10. Información adicional

Describe the assistance you need or any concerns

Describe la ayuda que necesita o cualquier inquietud

CBS / BENEFITS REGISTRATION FORM

Formulario de inscripción a beneficios

11. Preferred Contact Method

11. Método de contacto preferido

How should CBS contact you? / ¿Cómo prefiere que CBS se comunique con usted?

☐ Phone
Teléfono

☐ Email
Correo electrónico

12. Consent to Contact

12. Consentimiento para ser contactado(a)

I agree CBS may contact me about my request, application, or services.

Acepto que CBS me contacte sobre mi solicitud, trámite o servicios.

☐ I agree / Acepto

I agree CBS may contact the referrer(s) listed on this form.

Acepto que CBS contacte a las personas que me refirieron indicadas aquí.

☐ I agree / Acepto

Participant / authorized representative name / Nombre del participante / representante autorizado

Date / Fecha

Submission Instructions / Instrucciones para enviar el formulario

Return completed form to: admin@cabenefitssupport.com

Envíe el formulario completo a: admin@cabenefitssupport.com

PRIVACY: This form may contain sensitive medical or personal information.

PRIVACIDAD: Este formulario puede contener información médica o personal confidencial.

Ask CBS for a secure submission method. Do not email Social Security numbers or identity documents.

Solicite a CBS un medio seguro. No envíe números de Seguro Social ni documentos de identidad por correo.

Submitting this form does not guarantee eligibility for benefits or services.

Enviar este formulario no garantiza la elegibilidad para beneficios o servicios.