



Date: _____
 Password: _____
 M.ID: _____
 Referred by: _____
 Referred contact #: _____

Phones / Fax: (407) 892-2551 or (407) 873-2474
 1401 Virginia Ave., Saint Cloud, Florida 34769
 Website: www.mobileaccesshelp.com - Email: infomobileaccess@yahoo.com

Applicant's Information / Informacion del aplicante

Last Name / Apellido: _____ First Name / Nombre: _____ Middle / Inicial: _____
 Birth date: / Fecha de nacimiento: _____ Age / Edad: _____ Gender / Sexo: **M / F**
 Miss./Srta.
 Mr./Sr.
 Mrs./Sra.
 Do you have medicaid? Yes or No Do you have medicare? Yes or No

Address / Direccion: _____
 Home phone / # Telefonico: _____ Cell / Celular: _____

Name of Child / Nombre de Niño (a): _____	Gender/Sexo: F: <input type="radio"/> M: <input type="radio"/>	Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
Name of Child / Nombre de Niño (a): _____	Gender/Sexo: F: <input type="radio"/> M: <input type="radio"/>	Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
Name of Child / Nombre de Niño (a): _____	Gender/Sexo: F: <input type="radio"/> M: <input type="radio"/>	Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
Name of Child / Nombre de Niño (a): _____	Gender/Sexo: F: <input type="radio"/> M: <input type="radio"/>	Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Basic Needs / Necesidades Basicas: Medicaid: Health Care Insurance: Other/Otro:
 Food Stamps/Cupones de Alimentos: Nursing Home/Asilo:
 Food Provision/Provision de Alimentos: Household Items/Articulos para el hogar:
 Clothing/Vestimenta: Cash assistance/Asistencia Financiera:

Explain your needs / Explique sus necesidades:

I authorize Mobile Access to use/disclose my individual information mentioned above to receive services requested. I understand that:
 A) this authorization may be revoke at any time by writing, to Mobile Access except that the information has already been disclosed. If information has already been disclosed, revoking it will only prevent future disclosure. B) Mobile Access, its programs, services, employees, officers and contractors are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorize. C) I may refuse to sign this authorization.
 Yo autorizo a Mobile Access a utilizar y divulgar la informacion antes mencionada para resivir servicios requeridos. Entiendo que: A) esta autorizacion puede ser revocada con un comunicado por escrito a Mobile Access, con excepcion a que la informacion ya haya sido divulgada. Si mi informacion ya ha sido divulgada, entiendo que seria tarde para revocar esta autorizacion, sin embargo esta revocacion permitira que no se divulge ninguna otra informacion en el futuro.
 B) Mobile Access, sus programas, servicios, empleados, oficiales, y subcontratados quedan exentos/impunes de toda responsabilidad legal por la divulgacion de la informacion antes mencionada, mientras esten autorizados a usar mi informacion. C) entiendo que puedo rehusarme/negarme a firmar esta autorizacion.

Print Name/Nombre: _____ Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____