



Health & Mental Health Services

Jeffrey Goodman Special Care Clinic
Mental Health Services
Sexual Health Program
Women's Health Program

DECLARACION DE AFILIACION DE WEST HOLLYWOOD

Los Angeles LGBT Center

Para los objetivos estadísticos de los Servicios de Salud y Salud Mental, Por este medio reconozco que lo siguiente es verdadero:

Soy residente de West Hollywood.

Asisto escuela en West Hollywood.

Dirección: _____

Nombre/Dirección de la escuela: _____

Código postal: _____

Código postal: _____

Estoy empleado en West Hollywood.

Tengo un negocio en West Hollywood.

Dirección: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Código postal: _____

Poseo propiedad en West Hollywood.

Soy sin hogar y gasto la mayoría de mi tiempo en West Hollywood.

Dirección: _____

Dirección/Ubicación/Cruces más frecuentes

Código postal: _____

No estoy afiliado con West Hollywood.

Firma

Fecha

(Esta sección para empleados solamente)

Address(es) verified as being in West Hollywood.

Signature

Date

**STATEMENT OF WEST HOLLYWOOD
AFFILIATION (SPANISH)**

Name:

PF #: