



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.

Dirección: _____

Código postal: _____

Asisto escuela en West Hollywood.

Nombre/Dirección de la escuela: _____

Código postal: _____

Estoy empleado en West Hollywood.

Dirección: _____

Código postal: _____

Tengo un negocio en West Hollywood.

Dirección: _____

Código postal: _____

Poseo propiedad en West Hollywood.

Dirección: _____

Código postal: _____

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

Dirección/Ubicación/Cruces más frecuentes _____

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 #: