

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NEBRASKA

ID HMIS CLIENTE Para Usuarios de HMIS Solamente

NOMBRE - (Primer, Segundo, Apellido, Sufijo)	
Primer Nombre	
Segundo Nombre	
Apellido (s)	
Sufijo (Jr, III)	
Alias	

Fecha de Nacimiento (Ejemplo. 10/23/1978)

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Dirección:	
Ciudad:	
Estado:	Código postal:
Condado de residencia actual:	
Condado de residencia legal:	
Núm. De teléfono:	
Correo electrónico	

INFORMACION DE LA RELACION FAMILIAR DEL HOGAR	
<input type="checkbox"/> Mezclada	<input type="checkbox"/> Madre Soltera
<input type="checkbox"/> Pareja sin Niños	<input type="checkbox"/> Padre Soltero
<input type="checkbox"/> Pareja (Padre y Amigo (a)) con Menores	<input type="checkbox"/> Persona Soltera
<input type="checkbox"/> Acogida Temporal	<input type="checkbox"/> Familia con ambos Padres
<input type="checkbox"/> Abuelo/a/ Abuelo(s) y Menor (es)	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Cuidador (es) sin Custodia	

GENERO	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> FemeninoTrans	<input type="checkbox"/> Masculino Trans
<input type="checkbox"/> No conforme al género	<input type="checkbox"/> Otro:

RAZA (seleccione hasta 2)	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro:
ETNICIDAD	
<input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino

VETERANO DE LA ARMADA DE ESTADOS UNIDOS	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

¿Esta solicitud está relacionada con COVID-19?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

¿Tiene dificultad con alguna de los siguientes:			
Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolongada o indefinida?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolongada o indefinida?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Salud mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolongada o indefinida?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ESTADO DE LA VIVIENDA	
<input type="checkbox"/> Categoría 1 - Personas sin hogar	<input type="checkbox"/> Categoría 2: riesgo inminente de perder la vivienda
<input type="checkbox"/> Categoría 3 - Personas sin hogar bajo otros estatutos federales	<input type="checkbox"/> Categoría 4 - Huyendo de la violencia
<input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar	<input type="checkbox"/> Alojamiento estable

RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR	
<input type="checkbox"/> Yo mismo (cabeza de familia)	<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja del jefe de familia
<input type="checkbox"/> Hijo del jefe de familia	<input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe de familia
<input type="checkbox"/> Otro:	

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NEBRASKA

Situación de vida anterior		
Sin Hogar		
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a ser habitado (p. Ej., Un vehículo)	<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido el hotel / motel	<input type="checkbox"/> Refugio seguro
Institucional		
<input type="checkbox"/> Hogar de acogida o hogar de acogida grupal	<input type="checkbox"/> Hospital u otra instalación médica residencial	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención de menores
<input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otra instalación	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias
Vivienda		
<input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición	<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin cupón	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar
<input type="checkbox"/> Casa de acogida	<input type="checkbox"/> Apartamento o la casa de un amigo	<input type="checkbox"/> Apartamento o la casa de la familia
<input type="checkbox"/> Rental, Subvención GPD TIP	<input type="checkbox"/> Rental, Subvención VASH	<input type="checkbox"/> Rental, Subvención RRH
<input type="checkbox"/> Subvención HVC	<input type="checkbox"/> Vivienda pública	<input type="checkbox"/> Rental, sin subvención continua
<input type="checkbox"/> Rental, con otro subsidio	<input type="checkbox"/> Vivienda permanente	<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente con subsidio
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente sin subsidio		
DURACIÓN DE LA ESTADÍA EN SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR		
<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches	
<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días	
<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 año o mas	
La noche antes de entrar en esa situación de vivienda de ¿se quedó el cliente en la calle o en un refugio de emergencia?		
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No

Answer the following if homeless, or been homeless:

Fecha de inicio de la vivienda		
¿CUÁNTAS VECES ha estado el cliente sin hogar en las calles o en un refugio de emergencia en los últimos 3 años?		
<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Dos veces	
<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cuatro o más veces	
¿CUÁNTOS MESES, en total, ha estado el cliente sin hogar en la calle o en un refugio de emergencia? en los últimos 3 años?		
<input type="checkbox"/> 1 mes o menos	<input type="checkbox"/> Entre 2 y 12 meses (# de meses: _____)	
<input type="checkbox"/> Más de 12 meses		

SEGURO MÉDICO - ¿Estás ubierto actualmente por un seguro médico?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tipo de seguro médico	
<input type="checkbox"/> Seguro de enfermedad	<input type="checkbox"/> Seguro médico del estado
<input type="checkbox"/> Programa estatal de seguro médico para niños	<input type="checkbox"/> Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA)
<input type="checkbox"/> Por el empleador	<input type="checkbox"/> COBRA
<input type="checkbox"/> Seguro médico de pago privado	<input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos
<input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> Otro: _____

CUIDADO DE CRIANZA - ¿De niño, estuvo alguna vez en cuidado de crianza o lo está ahora?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

VIOLENCIA DOMÉSTICA - ¿El cliente es víctima / sobreviviente de violencia doméstica?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la experiencia?	
<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses	<input type="checkbox"/> Hace de tres a seis meses
<input type="checkbox"/> De seis a doce meses atrás	<input type="checkbox"/> Hace más de un año
¿Estás huyendo actualmente?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

EDUCACIÓN - Nivel de educación más alto alcanzado	
<input type="checkbox"/> Sin escolaridad completada	<input type="checkbox"/> Guardería hasta 4to grado
<input type="checkbox"/> 5to grado o 6to grado	<input type="checkbox"/> 7mo grado o 8vo grado
<input type="checkbox"/> Noveno grado	<input type="checkbox"/> Grado 10
<input type="checkbox"/> Grado 11	<input type="checkbox"/> Grado 12, sin diploma
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela	<input type="checkbox"/> GED
<input type="checkbox"/> Escuela postsecundaria	

ORIENTACION SEXUAL	
<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Gay
<input type="checkbox"/> Lesbiana	<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> Cuestionando / Inseguro	<input type="checkbox"/> Otro: _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NEBRASKA

INGRESOS Y FUENTES - ¿Tienes actualmente algún ingreso de alguna fuente?			
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
Fuente de Ingreso	Si	No	En caso afirmativo, importe mensual de la fuente (redondear al dólar más cercano)
AABD (ayuda para ancianos, ciegos y discapacitados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Pensión alimenticia u otra manutención conyugal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
A anualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Contribuciones de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Dividendos (Inversiones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos devengados (del trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Asistencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Intereses (banco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguro de discapacidad privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos de alquiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos de jubilación del Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Salarios de trabajo por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Discapacidad estatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Estipendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Compensación al trabajador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otra (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos mensuales totales de todas las fuentes			\$

BENEFICIOS NO EN EFECTIVO - ¿Tienes algún beneficio no monetario de alguna fuente?			
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
Fuente de beneficio no monetario	Si	No	En caso afirmativo, importe mensual de la fuente (redondear al dólar más cercano)
LIHEAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños (WIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios de cuidado infantil de TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios de transporte TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otros servicios financiados por TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otra (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Sistema de información para la gestión de personas sin hogar (HMIS)

Consentimiento informado de los consumidores y autorización de divulgación de información

Yo _____ entiendo que la información sobre mí y / o mis dependientes que se enumeran a continuación se ingresa en un sistema de base de datos llamado Clarity Human Services. Este sistema ayuda a comprender mejor la falta de vivienda, a mejorar la prestación de servicios y a evaluar la eficacia de los servicios prestados. La participación en la recopilación de datos es un componente fundamental de la capacidad de nuestra comunidad para proporcionar los servicios y la vivienda más eficaces posibles. La información que se recopila está protegida limitando el acceso a la base de datos y limitando la información que se puede compartir. El acceso a los datos y el intercambio de datos cumplen con los estándares establecidos por las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Cada persona y agencia que está autorizada para leer o ingresar información en el sistema ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información.

Como parte de la evaluación de Community Response y Connected Youth Initiative, sus datos se compartirán con Nebraska Children y sus evaluadores del Munroe-Meyer Institute. Su nombre no se incluirá en ninguna de la información que se proporcione al equipo de evaluación. Todos los datos se resumen como un grupo. Puede optar por no participar en la evaluación. Si tiene preguntas, llame a la Dra. Amanda Prokasky al 402-552-6865.

El equipo de Respuesta Comunitaria del Condado de Buffalo (BCCRT) es un enfoque colaborativo para conectar a los hogares que necesitan asistencia con las necesidades básicas y / o experimentan factores estresantes en la vivienda (por ejemplo, no pueden cumplir con las obligaciones de alquiler o servicios públicos, enfrentan el desalojo, huyen de la violencia doméstica u otras situaciones inestables de vivienda) con apoyo y asistencia financiera. Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

- consentimiento para compartir información con agencias y socios del BCCRT que están revisando mi solicitud y proporcionando asistencia financiera y otros servicios.
- Consentimiento para las agencias que componen el BCCRT para discutir la información con el propósito de evaluar mis / nuestras necesidades de vivienda, asistencia con

Acepto que se comparta mi información para la evaluación. _____ SÍ _____ NO

Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

La información recopilada por esta agencia se incluirá en Clarity Human Services y solo las agencias asociadas, que hayan celebrado un Acuerdo de participación de la agencia HMIS, pueden usarla para:

- Producir un perfil de cliente en la admisión que se compartirá con las agencias colaboradoras.
- Producir informes a nivel agregado sobre el uso de servicios.
- Seguimiento de los resultados individuales a nivel de programa
- Identificar las necesidades de servicio no satisfechas y planificar las mejoras.
- Asignar recursos entre agencias involucradas en servicios.

Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

Autorizo a las agencias asociadas y sus representantes a compartir mi información básica e información sobre los miembros de mi familia que se enumeran a continuación. Entiendo que esta información tiene el propósito de evaluar mis / nuestras necesidades de vivienda, asistencia con los servicios públicos, alimentos, asesoramiento y / u otros servicios.

La información puede consistir en el siguiente PPI (Información Personal Protegida):

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------------|
| • Nombre | • Composición familiar | • Información de vivienda |
| • Fecha de cumpleaños | • Ingresos / No efectivo | • Estado del seguro médico |
| • Número de seguridad social | • estatus de veterano | • Ubicación del cliente |
| • Género | • Violencia doméstica | • Entrada y salida del programa |
| • Etnia y raza | • VI-SPDAT | • Servicios prestados |
| • Residencia antes de la entrada al proyecto | • Condición incapacitante | • Evaluaciones |
| • Historial de "personas sin hogar" | • Foto (si aplica) | |

Entiendo que:

- ✓ Las agencias asociadas han firmado acuerdos para tratar mi información de manera profesional y confidencial. Tengo derecho a ver las políticas de confidencialidad del cliente utilizadas por las agencias asociadas de HMIS.
- ✓ Los miembros del personal de las agencias asociadas que verán mi información han firmado acuerdos para mantener la confidencialidad con respecto a mi información.
- ✓ La divulgación de mi información no garantiza que recibiré asistencia; mi negativa a autorizar el uso de mi información no me descalifica para recibir asistencia.
- ✓ Mis registros están protegidos por las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.
- ✓ Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito, y puedo revocar la autorización en cualquier momento, si revoco mi autorización, toda la información sobre mí que ya esté en la base de datos permanecerá.
- ✓ Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
- ✓ Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Agencias asociadas: Se puede ver una lista de las agencias asociadas dentro del Sistema de información para la gestión de personas sin hogar de Nebraska antes de firmar este formulario.

Enumere todos los hijos dependientes menores de 18 en el hogar, si los hay (nombre, apellido y fecha de nacimiento)

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |
| 7. | 8. |

- ✓ Los auditores o financiadores que tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluido el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. Y el Programa de Asistencia para Personas sin Hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska pueden ver mi archivo completo en el HMIS si los servicios recibidos son financiados por su Departamento / s.

Escriba sus iniciales en uno de los siguientes niveles de consentimiento:

Doy autorización para que la información personal protegida y relevante para mí y mis dependientes se ingrese en el NMIS y se comparta entre las agencias asociadas.

No doy mi consentimiento para la inclusión de información personal en el NMIS sobre mí y mis dependientes.

Nombre

Fecha

Firma

Fecha

Nombre del Testigo

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Comunidad del Condado Buffalo Respuesta de Información y Participación

Fecha:			
Nombre:			
¿Cómo podemos ayudarlo? ¿Cuál es su necesidad más urgente? Marque todas las que apliquen	<input type="checkbox"/> Vida diaria	<input type="checkbox"/> Salud mental	
	<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Asistencia de crianze	
	<input type="checkbox"/> Educación	<input type="checkbox"/> Salud física	
	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Uso de sustancias	
	<input type="checkbox"/> Finanzas	<input type="checkbox"/> Relaciones de apoyo	
	<input type="checkbox"/> Actividades de la vida diaria	<input type="checkbox"/> Transportación	
	<input type="checkbox"/> Vivienda	<input type="checkbox"/> Utilities	
	<input type="checkbox"/> Asistencia legal	<input type="checkbox"/> Otra: _____	
Actualmente yo estoy recibiendo los siguientes servicios y apoyo... (marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Servicios educativos	<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental	
	<input type="checkbox"/> Servicio de empleo	<input type="checkbox"/> Servicios para el uso de sustancias	
	<input type="checkbox"/> Servicios de comida	<input type="checkbox"/> Servicios de transporta	
	<input type="checkbox"/> Servicios de vivienda	<input type="checkbox"/> Otra: _____	
	<input type="checkbox"/> Servicios legales	<input type="checkbox"/> NA/None	
	<input type="checkbox"/> Servicios médicos	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
Actualmente yo estoy recibiendo los siguientes tipos de asistencia pública... (marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Ayuda para niños dependientes/TANF	<input type="checkbox"/> Desempleo	
	<input type="checkbox"/> Subsidio para Cuidado Infantil (Título XX)	<input type="checkbox"/> Asistencia con servicios públicos/LIHEAP	
	<input type="checkbox"/> Estampillas para comida (SNAP)	<input type="checkbox"/> WIC	
	<input type="checkbox"/> Vivienda pública/Sección	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> NA/Ninguno	
		<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
¿Hay alguien que no viva con usted aquíen podamos contactar si no podríamos comunicarnos con usted?			
<input type="checkbox"/> Sí, escribe la información	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Nombre		Teléfono	Relación con usted
¿Usted o sus hijos CALIFICAN para Medicaid, Subsidio para Cuidado Infantil (Título XX) y/o almuerzo reducido o gratis, incluso si no recibe ninguno de ellos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Inseguro
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
¿Tiene suficientes personas con quien contar cuando necesita de un buen consejo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Inseguro
Si es así, ¿Cuántas personas? _____		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
A partir de la fecha de hoy, ¿Tiene entre 14 a 25 años (todavía no cumple los 26 años)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
UNICAMENTE si tiene entre 14 a 25 años (contestó "Sí" arriba), ¿Ha vivido alguna de las siguientes experiencias?			
<input type="checkbox"/> Cuidado temporal/custodia del estado/ubicado fuera del hogar	<input type="checkbox"/> Servicios en el hogar para su familia (DHHS)	<input type="checkbox"/> Tutela o Adopción	<input type="checkbox"/> Libertad condicional
<input type="checkbox"/> Falta de vivienda	<input type="checkbox"/> Tráfico de personas	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> N/A, no he experimentado ninguna de estas
Está actualmente embarazada o esperando un hijo? (madre o padre)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Inseguro
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Incluyéndose a usted mismo, ¿cuántos ADULTOS (personas mayores de 18) hay en su hogar?			
¿Cuántos NIÑOS (personas de 17 y menores) hay en su hogar? Ponga 0 si no viven niños con usted*			
¿Tiene alguno de sus hijos una discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
		Si es así, ¿cuántos? _____	

Esta información debe ser completada por un navegador central* (Solicitantes NO llenan esta sección)
Information to be completed by the referral agency and/or Central Navigator

Referral agency	
Referral Agency Name:	
Contact Phone Number:	
Referral Staff Member Name:	
Contact Email Address:	



Comunidad del Condado Buffalo Respuesta de Información y Participación

INSTRUCCIONES: Todas las partes de la Encuesta de Información del Participante deben completarse al comienzo de la participación en Community Responses o Connected Youth Initiative. El formulario puede completarse con la ayuda de un navegador central u otro proveedor de servicios, si fuese necesario.

Para cada uno de las siguientes, marque la respuesta que más se asemeje a cómo usted se siente

Fecha:						
Nombre:						
CONEXIONES SOCIALES	A. Para nada como mi vida	B. No se parece mucho a mi vida	C. Algo como mi vida	D. Se parece mucho a mi vida	E. Justo como mi vida	No aplica – No tengo hijos
Yo tengo personas que creen en mi						
Yo tengo alguien en mi vida quien me aconseja, aunque sea difícil de escuchar						
Cuando estoy trabajando en lograr alguna meta, tengo amigos quienes me apoyarán						
Cuando necesito de alguien que cuide a mis hijos de improviso, yo puedo encontrar a alguien en quien confié.						
Yo tengo gente a la que le puedo preguntar con confianza consejos acerca de (marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Dinero/facturas/presupuesto <input type="checkbox"/> Relaciones y/o mi vida amorosa <input type="checkbox"/> Comida/nutrición			<input type="checkbox"/> Estrés, ansiedad y/o depresión <input type="checkbox"/> Crianza/mis hijos (si aplica) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		
APOYO CONCRETO	A. Para nada como mi vida	B. No se parece mucho a mi vida	C. Algo como mi vida	D. Se parece mucho a mi vida	E. Justo como mi vida	
Pude cubrir todos mis gastos el mes pasado (los gastos incluyen costos como alquiler , facturas de servicios públicos, alimentos, transporte, cuidado de niños y gastos médicos)						
El medio de transporte que uso es confiable y consistente						
Mi situación de vivienda es económica, segura, y estable						
En los últimos tres meses, mis hijos y yo hemos podido ir al doctor cuando lo hemos necesitado. (Si no tiene hijos, conteste sólo por usted)						
En los últimos tres meses, encontré un trabajo y/o trabajé cuando lo necesitaba						



Comunidad del Condado Buffalo Respuesta de Información y Participación

Fecha:			
Nombre:			
Si hay, indique alguna agencia de las que usted ha recibido ayuda. Indique la cantidad que recibió:			
<input type="checkbox"/> Community Action:_____	<input type="checkbox"/> Jubilee Center:_____	<input type="checkbox"/> DHHS:_____	<input type="checkbox"/> S.A.F.E. Center:_____
<input type="checkbox"/> Salvation Army:_____	<input type="checkbox"/> NE ERA Program:_____	<input type="checkbox"/> Other: (Agency:_____ Amount:_____)	
Tiene dificultad con alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática	<input type="checkbox"/> Barrera del Idioma	<input type="checkbox"/> Negligencia Emocional
¿Te gustaría platicar con alguien que te pueda ayudar a alcanzar tus metas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	



Comunidad del Condado Buffalo Solicitud de Respuesta de Fondos Disponibles

Por favor, trae una copia de los comprobantes con los que necesitas ayuda.

Fecha:	
Nombre:	
¿Cómo le podemos ayudar? ¿Cuál es su necesidad? ¿Cómo cuánto cuesta? Por favor, incluya tantos detalles como le sea posible.	
¿Dónde podemos mandar su pago?– will be required to complete a W9	
Nombre del negocio	
Nombre del personal a contactar	
Número de teléfono del negocio	
Dirección del negocio (incluya ciudad, estado y código postal)	

<i>(Solicitantes NO llenan esta sección)</i> IN OFFICE USE ONLY			
Date of Payment:	Payment Method: <input type="checkbox"/> Check (check # _____)	<input type="checkbox"/> Gift Card <input type="checkbox"/> Other: _____	
Housing Amount:	Detailed need:	Employment Amount:	Detailed need:
Utilities Amount:	Detailed need:	Physical/Dental amount:	Detailed need:
Daily Living Amount:	Detailed need:	Mental Health Amount:	Detailed need:
Education Amount:	Detailed need:	Parenting Amount:	Detailed need:
Transportation Amount:	Detailed need:	Other/Coaching Amount:	Detailed need: