

ID HMIS CLIENTE



Comunidad del Condado Buffalo Respuesta de Información y Participación

Fecha:			
Nombre:			
¿Cómo podemos ayudarle? ¿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	Relación con usted	Teléfono	
¿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 Staff Member Name:	
Contact Email Address:	
Contact Phone Number:	

ID HMIS CLIENTE



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	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	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						

ID HMIS CLIENTE



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	
Si marca si, explíquelo porfavor:			