

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NEBRASKA

Nombre: Primero _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Apellido _____

Número de personas en el hogar: _____

Género: Mujer ___ Hombre ___ Transgénero ___ Otro ___

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ O Desconocido O Negado

Fecha de Nacimiento ____/____/____ (Requerido)

Dirección: _____
Calle # de apartamento

Ciudad Estado Código postal

Condado de Residencia: _____

Dirección de Correo si es Diferente al del Hogar: _____

Código postal previo si es diferente a lo de arriba: _____

Método Preferido de Contacto: _____

Correo Electrónico (WX): _____

Ingreso Total del Hogar (Mensual): _____

Desalojo Pendiente: Sí ___ No ___ En Caso Afirmativo, Fecha: _____

Período de tiempo en condición actual:

1 Día o Menos	2-7 Días	1 Semana-Menos de 1 Mes
1-3 Meses	3 Meses-1 Año	1 Año o Más

***Tipo de situación de Vivienda:**

Dueño	Alquila	Otro Permanente
Refugio de Emergencia	Vivienda Subsidiada	Esta Sin Hogar (Adonde)
Refugio para Violencia Doméstica	Hotel	Otro:

***Número de veces de estar sin hogar en los últimos 3 años:**

Nunca	Una	Dos
Tres	Cuatro o Más	

Veterano Militar: Sí ___ No ___ Servicio Militar Activo: Sí ___ No ___

Ha sido Víctima de Violencia Doméstica: Sí ___ No ___ Cuando: _____
Esta Huyendo Ahora Mismo: Sí o No

Raza: (Si es más de 1 persona, #1 para la primaria #2 para la secundaria)

Indio Norteamericano/Nativo de Alaska	Asiático	Negro
Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico	Blanco	Otro

Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano

Idioma principal: _____

¿Ha estado en un Sistema de Cuidado Temporal? ___ Sí ___ No

¿Está embarazada? (Circule) Sí o No

Si marca Sí Fecha expectativa de Parto _____

Tipo de Hogar:

Sola Persona	Madre Soltera	Padre Soltero
Sistema de Cuidado Temporal	Hogar de 2 Padres	Pareja (Sin Niños)
Familias Mezcladas	Pareja (un Padre y Compañero/a) y niño/a (niños)	Multigeneracionales
	Abuelo(s) y niño(s)	Otro

Estado Civil: ___ Soltero/a ___ Casado/a ___ Separad/a

___ Divorciado/a ___ Viudo/a

NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN:

Ningún	Educación fuera de los EEUU	Preescolar al Grado 4	Grado 5 o 6	Grado 7 o 8
Grado 9	Grado 10	Grado 11	Grado 12	Grado 12 sin diploma
Algún estudios Secundarios	Diploma de Secundario	Diploma GED (Desarrollo General [...] de Educación)	Algún Estudios Universitarios	Título Universitario
Algún Estudios de Escuela Técnica	Certificado Técnico	Licenciatura	Educación Superior	Cliente Negó Contestar

Empleo/Situación de Trabajo

Tiempo Entero	Tiempo Parcial	Trabajador Migratorio	Jubilado/a
Sin Empleo Menos de 6 Meses	Sin Empleo Mas de 6 Meses	Buscando Empleo	Sin Trabajo no Buscando Trabajo

Cantidad de Fuente de Ingresos para Usted Mismo/a:

Trabajo	SSA	SSI	SSDI	TANF
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención Infantil	Otro	Otro	Otro	Otro
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

¿Es Elegible para Manutención Infantil por Mandatos Judiciales? ___ Sí ___ No ¿Recibiendo? ___ Sí ___ No

¿Discapacitado? ___ Sí ___ No

¿Determinación de Discapacidad? ___ Sí ___ No

Tipo de Discapacidad (Seleccione todos que Aplican):

Abuso de Alcohol	Abuso de Drogas	Abuso de Ambos Alcohol y de Drogas	Desarrollo
VIH/SIDA	Enfermedad Mental	Enfermedad Crónica	Movilidad Físico

¿Tiene Cobertura Médica? ___ Sí ___ No

Medicaid	Medicare	CHIP del Estado	Administración de los Veteranos	Proporcionados por Empleador
COBRA	Pago Privado	Seguro del Estado para Adultos	A Través de ACA	Otro

¿Otros Beneficios no Monetarios? ___ Sí ___ No

Estampillas de Comida	LIHEAP	TANF Cuidado de Niños	Comprobante de Vivienda	ACA Subsidio
\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____
HUD-VASH	Vivienda Publica	WIC	Head Start	Otro
				\$ _____

Miembros Adicionales que Residen en el Hogar

Primer nombre _____ Inicial _____

Apellido _____

Número de Seguro Social) (Opcional)

_____ - _____ - _____ Desconocido Negado

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

(Se Requiere la Fecha de Nacimiento)

Género: Mujer Hombre Transgénero Otro

Raza: (#1 para la primaria #2 para la secundaria)

Indio Norteamericano/Nativo de Alaska

Hawaiano Nativo/Isla del Pacífico Asiático

Negro Blanco

Etnicidad: Hispano No Hispano

Relación al Encargado del Hogar:

(Esposo, Esposa, Hijo, Hija, Amistad) _____

¿Está Embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿Fecha Expectativa de Parto? _____

NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN:

Ningún	Educación fuera de los EEUU	Preescolar al Grado 4	Grado 5 o 6	Grado 7 o 8
Grado 9	Grado 10	Grado 11	Grado 12	Grado 12 Sin Diploma
Algún Estudios Secundarios	Diploma Secundario	Diploma GED	Algún Estudios Universitarios	Título Universitario
Algún Estudios de Escuela Técnica	Certificado Técnico	Licenciatura	Educación Superior	Ciente Negó

¿Ha estado en un Sistema de Cuidado Temporal?

Sí No

¿Veterano Militar? Sí No

¿Servicio Militar Activo? Sí No

Ha sido Víctima de Violencia Doméstica:

Sí No Cuando: _____

Esta Huyendo Ahora Mismo: Sí o No

Empleo/Situación de Trabajo: Tiempo Entero, Tiempo Parcial, Trabajador Migratorio, Jubilado/a, Sin Empleo Menos de 6 Meses, Sin Empleo Más de 6 Meses, Buscando Empleo, **Sin Trabajo NO Buscando Trabajo**

Fuente de Ingresos: Trabajo \$ _____, SSA \$ _____, SSI \$ _____, SSDI \$ _____, TANF \$ _____, Manutención Infantil \$ _____, Otro \$ _____

¿Elegible para la Manutención Infantil por Mandatos Judiciales? Sí No

¿Recibe la Manutención Infantil? Sí No

¿Ingreso Total? _____

¿Discapacitado? Sí No

¿Determinación de Discapacidad? Sí No

¿Recibe Pago por su Discapacidad? Sí No

Tipo de Discapacidad (Seleccione todos que apliquen):

Abuso de Alcohol Abuso de

Drogas, Abuso de Ambos Alcohol y Drogas

Desarrollo VIH/SIDA

Enfermedad Mental Enfermedad Crónica

Movilidad Física

¿Tiene Cobertura Médica? Sí No

Medicaid, Medicare, CHIP del Estado,

Administración de los Veteranos, COBRA, Pago

Privado, Seguro del Estado para Adultos, A Través

de ACA, Otro

¿Otros Beneficios Monetarios? Sí No

Estampillas de Comida, LIHEAP, TANF Cuidado de

Niños, Comprobante de Vivienda, ACA Subsidio, HUD-

VASH, Vivienda Pública, WIC, Head Start, Otro

¿Cuánto? _____

Primer nombre _____ Inicial _____

Apellido _____

Número de Seguro Social) (Opcional)

_____ - _____ - _____ Desconocido Negado

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

(Se Requiere la Fecha de Nacimiento)

Género: Mujer Hombre Transgénero Otro

Raza: (#1 para la primaria #2 para la secundaria)

Indio Norteamericano/Nativo de Alaska

Hawaiano Nativo/Isla del Pacífico Asiático

Negro Blanco

Etnicidad: Hispano No Hispano

Relación al Encargado del Hogar:

(Esposo, Esposa, Hijo, Hija, Amistad) _____

¿Está Embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿Fecha Expectativa de Parto? _____

NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN:

Ningún	Educación fuera de los EEUU	Preescolar al Grado 4	Grado 5 o 6	Grado 7 o 8
Grado 9	Grado 10	Grado 11	Grado 12	Grado 12 Sin Diploma
Algún Estudios Secundarios	Diploma Secundario	Diploma GED	Algún Estudios Universitarios	Título Universitario
Algún Estudios de Escuela Técnica	Certificado Técnico	Licenciatura	Educación Superior	Ciente Negó

¿Ha estado en un Sistema de Cuidado Temporal?

Sí No

¿Veterano Militar? Sí No

¿Servicio Militar Activo? Sí No

Ha sido Víctima de Violencia Doméstica:

Sí No Cuando: _____

Esta Huyendo Ahora Mismo: Sí o No

Empleo/Situación de Trabajo: Tiempo Entero, Tiempo Parcial, Trabajador Migratorio, Jubilado/a, Sin Empleo Menos de 6 Meses, Sin Empleo Más de 6 Meses, Buscando Empleo, **Sin Trabajo NO Buscando Trabajo**

Fuente de Ingresos: Trabajo \$ _____, SSA \$ _____, SSI \$ _____, SSDI \$ _____, TANF \$ _____, Manutención Infantil \$ _____, Otro \$ _____

¿Elegible para la Manutención Infantil por Mandatos Judiciales? Sí No

¿Recibe la Manutención Infantil? Sí No

¿Ingreso Total? _____

¿Discapacitado? Sí No

¿Determinación de Discapacidad? Sí No

¿Recibe Pago por su Discapacidad? Sí No

Tipo de Discapacidad (Seleccione todos que apliquen):

Abuso de Alcohol Abuso de

Drogas, Abuso de Ambos Alcohol y Drogas

Desarrollo VIH/SIDA

Enfermedad Mental Enfermedad Crónica

Movilidad Física

¿Tiene Cobertura Médica? Sí No

Medicaid, Medicare, CHIP del Estado,

Administración de los Veteranos, COBRA, Pago

Privado, Seguro del Estado para Adultos, A Través

de ACA, Otro

¿Otros Beneficios Monetarios? Sí No

Estampillas de Comida, LIHEAP, TANF Cuidado de

Niños, Comprobante de Vivienda, ACA Subsidio, HUD-

VASH, Vivienda Pública, WIC, Head Start, Otro

¿Cuánto? _____

Primer nombre _____ Inicial _____

Apellido _____

Número de Seguro Social) (Opcional)

_____ - _____ - _____ Desconocido Negado

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

(Se Requiere la Fecha de Nacimiento)

Género: Mujer Hombre Transgénero Otro

Raza: (#1 para la primaria #2 para la secundaria)

Indio Norteamericano/Nativo de Alaska

Hawaiano Nativo/Isla del Pacífico Asiático

Negro Blanco

Etnicidad: Hispano No Hispano

Relación al Encargado del Hogar:

(Esposo, Esposa, Hijo, Hija, Amistad) _____

¿Está Embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿Fecha Expectativa de Parto? _____

NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN:

Ningún	Educación fuera de los EEUU	Preescolar al Grado 4	Grado 5 o 6	Grado 7 o 8
Grado 9	Grado 10	Grado 11	Grado 12	Grado 12 Sin Diploma
Algún Estudios Secundarios	Diploma Secundario	Diploma GED	Algún Estudios Universitarios	Título Universitario
Algún Estudios de Escuela Técnica	Certificado Técnico	Licenciatura	Educación Superior	Ciente Negó

¿Ha estado en un Sistema de Cuidado Temporal?

Sí No

¿Veterano Militar? Sí No

¿Servicio Militar Activo? Sí No

Ha sido Víctima de Violencia Doméstica:

Sí No Cuando: _____

Esta Huyendo Ahora Mismo: Sí o No

Empleo/Situación de Trabajo: Tiempo Entero, Tiempo Parcial, Trabajador Migratorio, Jubilado/a, Sin Empleo Menos de 6 Meses, Sin Empleo Más de 6 Meses, Buscando Empleo, **Sin Trabajo NO Buscando Trabajo**

Fuente de Ingresos: Trabajo \$ _____, SSA \$ _____, SSI \$ _____, SSDI \$ _____, TANF \$ _____, Manutención Infantil \$ _____, Otro \$ _____

¿Elegible para la Manutención Infantil por Mandatos Judiciales? Sí No

¿Recibe la Manutención Infantil? Sí No

¿Ingreso Total? _____

¿Discapacitado? Sí No

¿Determinación de Discapacidad? Sí No

¿Recibe Pago por su Discapacidad? Sí No

Tipo de Discapacidad (Seleccione todos que apliquen):

Abuso de Alcohol Abuso de

Drogas, Abuso de Ambos Alcohol y Drogas

Desarrollo VIH/SIDA

Enfermedad Mental Enfermedad Crónica

Movilidad Física

¿Tiene Cobertura Médica? Sí No

Medicaid, Medicare, CHIP del Estado,

Administración de los Veteranos, COBRA, Pago

Privado, Seguro del Estado para Adultos, A Través

de ACA, Otro

¿Otros Beneficios Monetarios? Sí No

Estampillas de Comida, LIHEAP, TANF Cuidado de

Niños, Comprobante de Vivienda, ACA Subsidio, HUD-

VASH, Vivienda Pública, WIC, Head Start, Otro

¿Cuánto? _____

Sistema de Gestión de Información de Nebraska

Divulgación de Información del Cliente

El Sistema de Gestión de Información de Nebraska (NMIS) administra una base de datos de información de servicios para personas sin hogar para mejorar la coordinación de los servicios que apoyan a las personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar y para comprender mejor la falta de vivienda, mejorar la prestación de servicios y evaluar la eficacia de los servicios prestados. La participación en la recopilación de datos es un componente crítico de la capacidad de nuestra comunidad para brindar los servicios y la vivienda más efectivos posibles. La información que se recopila se protege limitando el acceso a la base de datos y limitando la información que se puede compartir.

La información que se recopilará y compartirá puede incluir:

- nombre, fecha de nacimiento, género, raza, etnicidad, número de seguro social, información de contacto, ubicación, residencia anterior
- condición de discapacidad, estado de veterano, violencia doméstica, foto (si corresponde)
- composición familiar, ingresos, beneficios no monetarios, historial de estar sin hogar, información de vivienda, seguro médico
- entrada y salida del programa, evaluaciones, servicios prestados

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 (BCCR) no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, género, orientación/identidad sexual, edad, religión, afiliación política, estado civil, estado familiar, estado de discapacidad o cualquier otra base protegida de discriminación como proveen aplicable según leyes del estado y federal. 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:

- Por este medio certifico que al mejor de mi conocimiento la información contenida aquí es verdad, es correcta y completa y que todos los accesorios proporcionados por mí, verificando mis ingresos, son válidos.
- 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:

- Mi información se compartirá con el fin de evaluar mis necesidades de vivienda, asistencia con los servicios públicos, alimentos, consejería y/u otros servicios.
- Toda persona y toda agencia que esté autorizada para leer o ingresar información al sistema ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Tengo derecho a ver las políticas de confidencialidad del cliente utilizadas por las Agencias Participantes de NMIS y a ver una lista de las Agencias Participantes antes de firmar este formulario.
- El acceso y el intercambio de datos de NMIS cumplen con las regulaciones federales, estatales y locales que protegen la confidencialidad de los registros de los clientes. Mi información no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en los reglamentos.
- Los auditores o patrocinadores que tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluido el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. y el Programa de Asistencia para Personas sin Hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, pueden ver mi expediente completo si los servicios recibidos son financiados por su organización.
- Firmar esta Liberación de Información no garantiza que recibiré asistencia.
- La negación a autorizar el intercambio de mi información no me descalifica de recibir asistencia
- Este comunicado es válido por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación, a menos que se indique lo contrario*.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Si revoco mi autorización, toda la información sobre mí que ya está en la base de datos permanecerá.

ID HMIS CLIENTE

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

___ Sí, estoy de acuerdo en compartir mi información de NMIS Fecha de vencimiento (si es diferente a 1 año) _____
O

___ No, no estoy de acuerdo en compartir mi información de NMIS. Solo nuestra agencia verá su información de participación en el programa.

Nombre del Cliente en letra de molde Firma del Cliente Fecha

Firma del Guardian o Representante Autorizado (cuando se requiera) Parentesco Fecha

Nombre del Personal de la Agencia en letra de molde Fecha

Esta divulgación de información también se aplica a los siguientes hijos dependientes en el hogar que tienen 18 años de edad o menos:

Primer Nombre	Apellido(s)	Fecha de Nacimiento	Primer Nombre	Apellido(s)	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Buffalo County Community Response Información de Empleo del Participante

Por favor complete toda la información siguiente:

Esta actualmente empleado? (Si no, por favor proceda en la próxima página)

- Si, tiempo completo Si, medio tiempo
 No, pero estoy buscando trabajo No, y no estoy buscando trabajo, por que?

Cuantos trabajos tiene actualmente?

Cuantas horas trabaja por semana?

Quien es su empleador actual?

Si usted tiene una necesidad personal, está comodo acercándose su empleador sobre cualquiera de lo siguiente:

- Cuidado de niño diario vivir Dentista Educación Empleo Finanzas habilidades generales para la vida Utilidades
 Alojamiento Ayuda Legal Salud Mental Crianza Salud Física Relaciones Abuso de sustancias Transportación

Está interesado en recibir apoyo individual? (crianza , presupuestar, mentoría, etc.)

- Si, estoy interesado en recibir apoyo No, no estoy interesado en recibir ayuda

Que otra asistencia necesita para satisfacer sus necesidades básicas?

Usted da permiso a Bufalo County Community Partners para contactar a su empleador para consultar con ellos sobre la informacion dada en esta forma? Si No

Que recursos ha ofrecido su empleador que han sido mas beneficiosos a usted y su familia?

Que desea que su comunidad o empleador supiera sobre sus deseos para su familia?

Firmando abajo, usted está de acuerdo que toda información en esta página es precisa.

Nombre

Firma

Fecha

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	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:	

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 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						

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:			

ID HMIS CLIENTE



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)	

(Solicitantes NO llenan esta sección) 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: