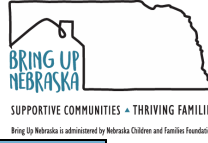


Participant ID (STAFF ONLY)

Community Partners Response Intake Form

Referral Agency



NOMBRE LEGAL COMPLETO

Nombre de Pila	Segundo Nombre
Apellido	Nombre Preferido

¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS? (por favor, elija 1)

<input type="checkbox"/> Médico/Proveedor Médico	<input type="checkbox"/> Busqueda de Internet
<input type="checkbox"/> Terapeuta/Proveedor de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Familiar/Amigo
<input type="checkbox"/> Administrador de Casos-Bienestar Infantil	<input type="checkbox"/> Maestro/Personal de la Escuela
<input type="checkbox"/> Administrador de Casos-Medicaid/Seguros	<input type="checkbox"/> Cuidador Infantil
<input type="checkbox"/> Administrador-SNAP/Otro Beneficio Económico	<input type="checkbox"/> Abogado/Servicios Legales
<input type="checkbox"/> Otro (rellene el cuadro que aparece a continuación)	<input type="checkbox"/> Proveedor/Iglesia de Servicios Sociales sin fines de lucro
Otro (si corresponde)	

¿CUÁL ES TU NECESIDAD URGENTE? (por favor, marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Vida Diaria (ropa, higiene, teléfono)	<input type="checkbox"/> Salud Mental (terapeuta, psicólogo, etc.)
<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Asistencia para Padres
<input type="checkbox"/> Educación	<input type="checkbox"/> Salud Física (Médico)
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Uso de Sustancias
<input type="checkbox"/> Finanzas	<input type="checkbox"/> Relaciones de Apoyo
<input type="checkbox"/> Habilidades Generales para la Vida	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Alojamiento	<input type="checkbox"/> Utilidades
<input type="checkbox"/> Ayuda Legal	<input type="checkbox"/> Otro (rellene el cuadro que aparece a continuación)
Otro (si corresponde)	

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Número de Teléfono ____ - ____ - _____	Dirección de Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento ____ / ____ / _____	Dirección (si no tiene vivienda estable, ingrese solo su código postal)		
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal

Participant ID (STAFF ONLY)

Referral Agency

CUESTIONES DEMOGRÁFICAS

IDENTIDAD DE GÉNERO (¿Te describes actualmente como?)

<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Prefiero no autoidentificarme
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Prefiero autoidentificarme: _____

RAZA/ETNIA (seleccione todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Prefiero no autoidentificarme
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Prefiero autoidentificarme: _____
<input type="checkbox"/> Medio Oriente o Norte de África	_____

POR FAVOR, RESPONDA ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA

Número de Adultos en el Hogar: _____	Número de Niños Menores de 19 Años en el Hogar: _____
--------------------------------------	-------------------------------------------------------

NOMBRE DE CADA NIÑO MENOR DE 19 AÑOS	FECHA DE NACIMIENTO

No compartiremos su información personal con nadie fuera de la Colaboración sin su permiso. Los datos a nivel de grupo se informarán al equipo de Investigación y Evaluación de la Fundación para Niños y Familias de Nebraska [NCFE]. Esto incluye cosas como la edad y la raza/etnicidad de las personas que se conectan a los recursos y al apoyo a través de la Colaboración. No se compartirá públicamente ninguna información específica sobre usted o su familia. Su información puede compartirse con nuestros socios si se le remite a ellos, pero solo con su permiso. Puedes cambiar quién puede ver tus datos en cualquier momento utilizando la plataforma FindHelp. Cualquier información que ya haya compartido permanecerá compartida, pero no se compartirá información nueva con ese socio.

¿Nos da permiso para que entreguemos parte de su información a la Colaboración y al Equipo de Investigación y Evaluación del NCFE? Sí No

	_____/_____/_____
Firma del Participante	Fecha de Firma

Community Partners Response Participant Information

Actualmente yo estoy recibiendo los siguientes servicios y apoyo... (marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Servicios educativos <input type="checkbox"/> Servicio de empleo <input type="checkbox"/> Servicios de comida <input type="checkbox"/> Servicios de vivienda <input type="checkbox"/> Servicios legales <input type="checkbox"/> Servicios medicos	<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental <input type="checkbox"/> Servicios para el uso de sustancias <input type="checkbox"/> Servicios de transporta <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> NA/None
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"/> Subsidio para Cuidado Infantil (Título XX) <input type="checkbox"/> Estampillas para comida (SNAP) <input type="checkbox"/> Vivienda pública/Seccin <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Asistencia con servicios públicos/LIHEAP <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> NA/Ninguno
¿Estás cubierto actualmente por un seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
If yes, Health Insurance Type?	<input type="checkbox"/> Seguro de enfermedad <input type="checkbox"/> Programa estatal de seguro médico para niños <input type="checkbox"/> Por el empleador <input type="checkbox"/> Seguro médico de pago privado <input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> Seguro médico del estado <input type="checkbox"/> Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA) <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos <input type="checkbox"/> Otro: _____
Estado de la Vivienda	<input type="checkbox"/> Personas sin hogar <input type="checkbox"/> Riesgo inminente de perder la vivienda	<input type="checkbox"/> Personas sin hogar bajo otros estatutos federales <input type="checkbox"/> Huyendo de la violencia <input type="checkbox"/> Alojamiento estable
Veterano de La Armada de Estados Unidos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
EDUCACIÓN - Nivel de educación más alto alcanzado	<input type="checkbox"/> Sin escolaridad completada <input type="checkbox"/> 5to grado o 6to grado <input type="checkbox"/> Noveno grado <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Diploma de escuela <input type="checkbox"/> Escuela postsecundaria	<input type="checkbox"/> Guardería hasta 4to grado <input type="checkbox"/> 7mo grado o 8vo grado <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 12, sin diploma <input type="checkbox"/> GED
Victima / sobreviviente de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la experiencia?	<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> De seis a doce meses atrás	<input type="checkbox"/> Hace de tres a seis meses <input type="checkbox"/> Hace más de un año
¿Estás huyendo actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultad con alguna de los siguientes	<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma <input type="checkbox"/> Negligencia Emocional <input type="checkbox"/> Behavioral/Mental Health <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/> Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Uso de drogas <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo
¿Hay alguien que no viva con usted quien 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
¿Tiene alguno de sus hijos una discapacidad?		¿Sí es así, ¿cuántos? _____
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
¿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"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar

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						

Community Partner Response Employment Form

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?

¿Cuál es su ingreso mensual estimado?

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 información 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

