

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 (Titulo XX) <input type="checkbox"/> Estampillas para comida (SNAP) <input type="checkbox"/> Vivienda pblica/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 ubierto 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 (Titulo 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						