

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

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