

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"/> Búsqueda 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?)** Mujer Prefiero no autoidentificarme Hombre Prefiero autoidentificarme: _____**RAZA/ETNIA (seleccione todo lo que corresponda)** Nativo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Asiático Blanco Negro o Afroamericano Prefiero no autoidentificarme Hispano o Latino Prefiero autoidentificarme: 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**

NOMBRE DE CADA NIÑO MENOR DE 19 AÑOS	FECHA DE NACIMIENTO

¿ está usted actualmente embarazada o esperando un hijo (Madre o Padre)? Sí No

Según el número de personas en su hogar, ¿sus ingresos están por debajo del 200% del nivel de pobreza? (1 persona es \$31,300; añade \$11,000 por cada miembro adicional de la familia)

 Sí No**¿Tiene seguro médico actualmente?** Sí, privado/ACA Sí, Medicaid Sí, Medicare Solicitud en trámite No

Entiendo que no compartiremos su información personal con nadie fuera del Colaborativo sin su permiso. Entiendo que la información que proporcione se utilizará para crear informes grupales. Autorizo que el programa y las personas u organizaciones que lo evalúan, como el Equipo de Investigación y Evaluación de la Fundación para Niños y Familias de Nebraska, utilicen mi información para comprender mejor cómo apoya a las familias y cómo se puede mejorar. Mi privacidad estará protegida y mi nombre, el nombre de mi hijo/a, mi fecha de nacimiento u otra información que me identifique no se incluirán en los informes. La participación es voluntaria. Puedo optar por no dar mi consentimiento o cambiar de opinión en cualquier momento antes de que se utilice la información. Si retiro mi consentimiento, no se recopilará ni utilizará información adicional a partir de ese momento. Si no tengo una cuenta en Findhelp, el sistema creará una para mí y me enviará los detalles por correo electrónico.

¿Nos autoriza a compartir parte de su información con el equipo de Investigación y Evaluación de la Fundación para Niños y Familias de Nebraska y sus colaboradores? Sí No

Firma del Participante

_____/_____/_____
Fecha de Firma