

Participant ID (STAFF ONLY)



Referral Agency

Community Partners Response Participant Information

Actualmente yo estoy recibiendo los siguientes servicios y apoyo... (marque todos los que apliquen)	☐ Servicios educativos ☐ Servicio de empleo ☐ Servicios de comida ☐ Servicios de vivienda ☐ Servicios legales ☐ Servicios medicos	☐ Servicios de salud mental ☐ Servicios para el uso de sustancias ☐ Servicios de transporta ☐ Otra: _____ ☐ NA/None
Actualmente yo estoy recibiendo los siguientes tipos de asistencia pública... (marque todos los que apliquen)	☐ Ayuda para nios dependientes/TANF ☐ Subsidio para Cuidado Infantil (Titulo XX) ☐ Estampillas para comida (SNAP) ☐ Vivienda pblica/Seccin ☐ Medicaid ☐ Desempleo	☐ Asistencia con servicios públicos/LIHEAP ☐ WIC ☐ Otro: _____ ☐ NA/Ninguno
¿Estás ubierto actualmente por un seguro médico?	☐ Sí	☐ No
If yes, Health Insurance Type?	☐ Seguro de enfermedad ☐ Programa estatal de seguro médico para niños ☐ Por el empleador ☐ Seguro médico de pago privado ☐ Programa de servicios de salud para indígenas	☐ Seguro médico del estado ☐ Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA) ☐ COBRA ☐ Seguro médico estatal para adultos ☐ Otro: _____
Estado de la Vivienda	☐ Personas sin hogar ☐ Riesgo inminente de perder la vivienda	☐ Personas sin hogar bajo otros estatutos federales ☐ Huyendo de la violencia ☐ Alojamiento estable
Veterano de La Armada de Estados Unidos	☐ Sí	☐ No
¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?	☐ Menos que la secundaria ☐ Diploma de escuela secundaria o GED ☐ Algunos estudios universitarios, sin ttulo ☐ Certificado o credencial comercial	☐ Título de asociado ☐ Licenciatura ☐ Título de posgrado o título profesional ☐ Prefiero no responder
Victima / sobreviviente de violencia doméstica?	☐ Si	☐ No
En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la experiencia?	☐ En los últimos tres meses ☐ De seis a doce meses atrás	☐ Hace de tres a seis meses ☐ Hace más de un año
¿Estás huyendo actualmente?	☐ Si	☐ No
¿Tiene dificultad con alguna de los siguientes	☐ Lesión Cerebral Traumática ☐ Barrera del Idioma ☐ Negligencia Emocional ☐ Behavioral/Mental Health ☐ Condición de salud crónica	☐ Uso de Alcohol ☐ Uso de drogas ☐ HIV/AIDS ☐ Discapacidad física ☐ Discapacidad del desarrollo
¿Hay alguien que no viva con usted a quien podamos contactar si no podríamos comunicarnos con usted?		
☐ Sí, escribe la información ☐ No ☐ Inseguro ☐ Prefiero no contestar		
Nombre	Relación con usted	Teléfono
¿Tiene alguno de sus hijos una discapacidad?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí es así, ¿cuántos? _____
¿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?	☐ Sí ☐ No	☐ Inseguro ☐ Prefiero no contestar