

FORMA PARA LAS CONEXIONES DE RECURSOS Y APOYO

NOMBRE LEGAL COMPLETO	
Nombre de Pila	Segundo Nombre
Apellido	Nombre Preferido



HOW DID YOU HEAR ABOUT US? (SELECT ONLY ONE)	
<input type="checkbox"/> Médico/Proveedor Médico <input type="checkbox"/> Terapeuta/ Proveeder de Salud Mental <input type="checkbox"/> Administrador de Casos – Bienestar Infantil <input type="checkbox"/> Administrador de Casos – Medicaid / Seguro <input type="checkbox"/> Administrador– SNAP / Otro Beneficio Económico <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, complete el cuadro a continuación)	<input type="checkbox"/> Búsqueda de Internet <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Maestro/ Personal de la Escuela <input type="checkbox"/> Cuidador Infantil <input type="checkbox"/> Abogado/Servios Legales <input type="checkbox"/> Proveedor/Iglesia de Servicios Sociales sin fines de lucro
Otro (si corresponde)	

WHAT IS YOUR URGENT NEED? (please check all that apply)	
<input type="checkbox"/> Vida Diadria (ropa, higiene, teléfono) <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Finanzas <input type="checkbox"/> Habilidades Generales para la Vida <input type="checkbox"/> Alojamiento <input type="checkbox"/> Ayuda Legal	<input type="checkbox"/> Salud Mental (terapeuta, psicólogo, etc.) <input type="checkbox"/> Asistencia para Padres <input type="checkbox"/> Salud Física (Médico) <input type="checkbox"/> Us de Sustancias <input type="checkbox"/> Relaciones de Apoyo <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Otro (relene el cuadro que aparece a continuación)
Otro (si corresponde)	

INFORMACIÓN CONTACTO			
Número deTeléfono	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 (le describes actualmente como?)

___ Mujer

___ Hombre

___ Prefiero no Autoidentificarme

___ Prefiero Autoidentificarme: _____

RAZA/ ETNIA (seleccion todo lo que corresponda)

___ Nativo Americano o Nativo de Alaska

Asiático

___ Negro or Aframericana

Hispano o Latino

___ Oriente Medio o África del Norte

___ Nativo Hawái o de las Isala del Pacífico

___ Blanco

___ Prefiero no Autoidentificarme

___ Prefiero Autoidentificarme: _____

POR FAVOR, RESPONDA ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA

Número de Adultos en el Hogar: _____

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

¿Está usted actualmente embarazada o esperando un hijo (madre o padre)? ___ Sí ___ No ___ Prefiero no decirlo

NOMBRE DE CADA NINO MENOR 19 AÑOS

FECHA DE NACIMIENTO

Según el número de personas en su hogar, ¿sus ingresos están por debajo del 200% del nivel de pobreza?

Sí

No

¿Tiene actualmente algún seguro médico? (seleccione una opción)

Sí, Privado/ACA

Sí, Medicaid

Sí, Medicare

Medicaid en proceso (solicitud completada)

No

Elije no responder

Asentimiento del menor (Complete solo si el participante es menor de edad, si el participante NO es menor de edad seleccione NA): "Como menor de edad que participa en este programa, doy permiso para que mi información se utilice para ayudar a mejorar el programa y sé que puedo dejar de compartir mi información en cualquier momento".

Sí

No

Entiendo que la información que proporciono se utilizará para crear informes a nivel de grupo. Doy permiso para mi información que utilizará el programa y las personas u organizaciones que evalúan el programa, como el Nebraska Children y Families Foundation Research y Evaluation Team para comprender mejor cómo apoya familias y cómo se puede mejorar. Mi privacidad estará protegida y mi nombre, el nombre de mi hijo/a, la fecha de nacimiento o cualquier otra información de identificación no se incluirá en los informes. Entiendo que la participación es voluntaria. Puedo elegir no dar este permiso o puede 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 da permiso para dar parte de su información a Nebraska Children y Families Foundation Research y Evaluation Team y sus socios de evaluación externa?

Firma del participante

____ / ____ / ____
Fecha de Firma

Firma del tutor para participantes menores de 19 años

____ / ____ / ____
Fecha de Firma