

FORMA PARA LAS CONEXIONES DE RECURSOS Y APOYO

NOMBRE LEGAL COMPLETO	
Nombre de Pila	Segundo Nombre
Apellido	Nombre Preferido (si es diferente)



HOW DID YOU HEAR ABOUT US? (SELECT ONLY ONE)	
☐ Búsqueda en Internet	☐ Gestor de casas - otro
☐ Familiar/Amigo	☐ Servicios legales/de abogados
☐ Profesor/personal escolar	☐ Proveedor de cuidado infantil
☐ Médico/proveedor de servicios médicos	☐ Terapeuta/proveedor de salud mental
☐ Policía/fuerzas del orden	☐ 211 NE Línea de calor
☐ Gestor de casos - bienestar infantil	☐ Prefiero no decirlo
☐ Administrador de casos - SNAP u otro beneficio económico	☐ Proveedor de servicios sociales sin fines de lucro/iglesia
☐ Gestor de casos - Medicaid/seguro médico	
☐ Otro _____	

WHAT IS YOUR URGENT NEED? (please check all that apply)	
☐ Vida diaria (ropa, higiene, teléfono)	☐ Servicios públicos
☐ Habilidades generales para la vida	☐ Transporte
☐ Ayuda para padres	☐ Salud física (médico)
☐ Relaciones de apoyo	☐ Dentista
☐ Educación	☐ Salud mental (terapeuta, psicólogo, etc.)
☐ Empleo	☐ Consumo de sustancias
☐ Finanzas	☐ Asistencia legal
☐ Alojamiento	☐ Alimento
Otro (si corresponde) _____	

INFORMACIÓN CONTACTO			
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		
Fecha de nacimiento ____/____/____	Dirección postal ((si no tiene vivienda estable, ingrese solo su código postal)		
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal

CUESTIONES DEMOGRÁFICAS

IDENTIDAD DE GÉNERO (le describes actualmente como?)

☐ Masculino	☐ Prefiero no decirlo
☐ Femenino	

RAZA/ ETNIA (seleccion todo lo que corresponda)

☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska	☐ Nativo hawaiano o ieleño del Pacífico
☐ Asiático	☐ Blanco
☐ Negro o Aframericana	☐ Prefiero no decirlo
☐ Hispano o Latino	☐ Prefiero identificarme como tal
☐ Oriente Medio 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: _____
¿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

¿Cuál es su nivel educativo más alto que ha completado? ☐ Menos de la escuela secundaria ☐ Diploma de escuela secundaria o GED

☐ Estudió en la universidad, pero no se graduó ☐ Certificado o credencial profesional ☐ Título de asociado

☐ Título universitario ☐ Título de posgrado o profesional ☐ Prefiero no responder

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 ☐ Prefiero no responder

¿Tiene usted alguna discapacidad? Seleccione una opción. ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Su hijola tiene alguna discapacidad? Seleccione una opción. ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No tengo hija

¿Usted o algún miembro de su familiar ha prestado servicio en las fuerzas armadas, el ejército o los servicios uniformados de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

El miembro del personal que me atendió revisó y explicó la Declaración de Divulgación (ubicada en la parte superior del Formulario de Admisión en color naranja.) Si no la ha revisado, por favor pídale que lo haga antes de continuar.

☐ Sí, confirmado

Consentimiento del participante, padre o tutor para participar en la evaluación: Al responder "si," usted acepta que la información que proporcione a través de nuestro sistema de prevención pueda ser utilizada por nuestro equipo de evaluación y socios de evaluación para comprender cómo funciona el programa. La información solo se reportará de forma grupal; su nombre o cualquier dato que lo identifique nunca aparecerá en los informes. La participación es voluntaria y no afecta la elegibilidad para los servicios. Si responde "no," su información no se incluirá en la evaluación.

☐ Sí ☐ No

Consentimiento del menor para participar en la evaluación (Solo complete si el participante es menor de edad; si el participante NO es menor de edad, seleccione N/A): Al responder "si," usted acepta que la información que comparta en este programa pueda ser utilizada por nuestro equipo de evaluación y socios aprobados para ver cómo funciona el programa. La información solo se reportará de forma grupal; su nombre u otros datos personales no aparecerán en ningún informe. Usted decide si desea participar. Si responde "no," su información no se utilizará en la evaluación.

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Firma del participante

____/____/____
Fecha de Firma

Firma del tutor para participantes menores de 19 años

____/____/____
Fecha de Firma