

# 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"/> 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 / Seguro	<input type="checkbox"/> Cuidador Infantil
<input type="checkbox"/> Administrador– SNAP / Otro Beneficio Económico	<input type="checkbox"/> Abogado/Servicios Legales
<input type="checkbox"/> Otro (Por favor, complete el cuadro a continuación)	<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 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"/> Consumo 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 (relene el cuadro que aparece a continuación)
Otro (si corresponde)	

INFORMACIÓN 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 (le describes actualmente como?)

<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Prefiero no Autoidentificarme
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Prefiero Autoidentificarme: _____

### RAZA/ ETNIA (seleccion todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo Hawái o de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro or Aframericana	<input type="checkbox"/> Prefiero no Autoidentificarme
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Prefiero Autoidentificarme: _____
<input type="checkbox"/> Oriente Medio o África del Norte	

## 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)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo	
NOMBRE DE CADA NIÑO MENOR 19 AÑOS	FECHA DE NACIMIENTO

¿Cuál es su nivel educativo más alto?  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  Elije no responder

¿Tiene usted alguna discapacidad? Seleccione una opción.  Sí  No

¿Su hijola tiene alguna discapacidad? Seleccione una opción.  Sí  No

El miembro del personal que me atendió revisó y explico la Declaración de Intercambio de Datos (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: Doy mi permiso para compartir información con el equipo de investigación y evaluación de la Fundación para Niños y Familias de Nebraska y sus socios de evaluación. Mi privacidad estará protegida y mi nombre, el nombre de mi hijo, su fecha de nacimiento o cualquier otra información que permita identificarlo no se incluirá en los informes.

Sí

No

Consentimiento del menor (Completar solo si el participante es menor de edad; si el participante NO es menor de edad, seleccionar N/A): "Como menor de edad que participa en este programa, doy mi permiso para que mi información sea compartida y utilizada para ayudar a mejorar el programa."

Sí

No

N/A

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor para participantes menores de 19 años

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Firma