

CR/CYI FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Fecha* ___/___/___

INSTRUCTIONS FOR STAFF: All parts of the Participant Information Form should be completed at the start of participation in Community Response or the Connected Youth Initiative. The form may be completed with the assistance of a Central Navigator or other service provider, if needed.

Su nombre preferido: _____ Your Preferred Pronoun(s): _____

1) ¿Cómo podemos ayudarle?

¿Cuál es su necesidad más urgente? Marque todas las que apliquen

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vida diaria (tel., ropa, higiene) | <input type="checkbox"/> Finanzas | <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Relaciones de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Habilidades generales de vida | <input type="checkbox"/> Asistencia de crianza | <input type="checkbox"/> Transportación |
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Salud física | <input type="checkbox"/> Utilities |
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Asistencia legal | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias | Otra: _____ |

¿Hay algo más que necesita que sepamos?

2) Servicio y apoyo actual

Actualmente yo estoy recibiendo los siguientes servicios y apoyo... (marque todos los que apliquen)

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios educativos (ej. ETV, GED, tutorías) | <input type="checkbox"/> Servicios legales | <input type="checkbox"/> Servicios de transporte (ej. IntelliRide) |
| <input type="checkbox"/> Servicio de empleo | <input type="checkbox"/> Servicios médicos | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Servicios de comida (ej. dispensa local) | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental | <input type="checkbox"/> NA/None |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Vivienda | <input type="checkbox"/> Servicios para el uso de sustancias | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |

Actualmente yo estoy recibiendo los siguientes tipos de asistencia pública... (marque todos los que apliquen)

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ayuda para niños dependientes/TANF | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Subsidio para Cuidado Infantil (Título XX) | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> No aplica/ Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Estampillas para comida (SNAP) | <input type="checkbox"/> Asistencia con servicios públicos/LIHEAP | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> Vivienda pública/Sección | <input type="checkbox"/> WIC | |

3) Algunas preguntas sobre usted...

| | | | |
|--|--------------------|--------------------|-----------------------|
| Nombre completo (Primer y segundo nombre, apellido)* | Número de teléfono | Correo electrónico | Fecha de nacimiento * |
| Domicilio actual | Ciudad | Estado | Código postal |
| | Condado* | | |

¿Hay alguien que no viva con usted a quien podamos contactar si no podríamos comunicarnos con usted? Si es así, escriba la información de la persona:

____ Sí ____ No Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con usted (ej.: amigo, padre de crianza): _____

¿Cuál es su género?* ____ Mujer ____ Hombre ____ Otro género: _____ ____ Prefiero no decir

¿Cuál es su raza/ etnicidad? (marque todas las que apliquen)*

____ Blanco ____ Negro o African Americano ____ Hispano or Latino ____ Asiático ____ Nativo Americano
 ____ Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacíficas ____ Otra raza/etnicidad: _____
 o Nativo de Alaskao → federalmente? ____ Sí ____ No
 ____ Prefiero no decir

¿Usted o sus hijos CALIFICAN para Medicaid, Subsidio para Cuidado Infantil (Título XX) y/o almuerzo reducido o gratis, incluso si no recibe ninguno de ellos?*

____ Sí ____ No ____ No lo sé ____ Prefiero no decir

¿Tiene alguna discapacidad?*

____ Sí ____ No ____ Prefiero no decir

¿Tiene suficientes personas con quien contar cuando necesita de un buen consejo? * ____ Sí ____ No ____ Prefiero no decir

Si es así, ¿Cuántas personas? ____ (Escriba un número)

A partir de la fecha de hoy, ¿Tiene entre 14 a 25 años (todavía no cumple los 26 años)? * ____ Sí ____ No

UNICAMENTE si tiene entre 14 a 25 años (contestó "SÍ" arriba), ¿Ha vivido alguna de las siguientes experiencias?*

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado temporal/custodia del estado/ubicado fuera del hogar | <input type="checkbox"/> Servicios en el hogar para su familia (DHHS) | <input type="checkbox"/> Tutela o Adopción |
| <input type="checkbox"/> Libertad condicional | <input type="checkbox"/> Falta de vivienda | <input type="checkbox"/> Tráfico de personas |
| <input type="checkbox"/> N/A, no he experimentado ninguna de estas | <input type="checkbox"/> Prefiero no decir | |

Está actualmente embarazada o esperando un hijo? (madre o padre)?* ____ Sí ____ No ____ Prefiero no decir

4) Algunas preguntas sobre su hogar...

Incluyéndose a usted mismo, ¿cuántos ADULTOS (personas mayores de 18) hay en su hogar? * _____

¿Cuántos NIÑOS (personas de 17 y menores) hay en su hogar? Ponga 0 si no viven niños con usted* _____

¿Tiene alguno de sus hijos una discapacidad?* ____ Prefiero no decir ____ N/A ____ No ____ Sí → Si es así, ¿cuántos? _____ (escribe un número)

5) Autorización para compartir su información para evaluación (Consentimiento)*

Estoy de acuerdo en compartir mi información para la evaluación. _____ SÍ _____ NO

Como parte de la evaluación de Community Response y Connected Youth Initiative, sus datos serán compartidos con Nebraska Children y sus evaluadores del Instituto Munroe-Meyer. Su nombre no será incluido en la información que se proporciona al equipo de evaluación. Todos los datos se resumen en un grupo. Puede decidir no participar en la evaluación. Si tiene preguntas, favor de llamar a la Dra. Barbara Jackson al 402-559-5765.

*Si está **DE ACUERDO** en compartir su información, complete la siguiente sección*

| | | |
|-------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Nombre del participante | Firma del participante | Fecha de la firma del participante |
|-------------------------|------------------------|------------------------------------|

La siguiente información debe ser completada por el personal de trabajo/testigo

| | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Firma del testigo | Puesto del personal/testigo | Fecha de la firma del testigo |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|

6) Información a seguir debe ser completada por una agencia de referencia y/o navegador central

Paso 1: Agencia de referencia- favor de completar lo siguiente antes de enviar este formulario al navegador central

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre de la agencia de referencia | Nombre del personal de referencia |
|------------------------------------|-----------------------------------|

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Número de teléfono de contacto | Correo electrónico de contacto |
|--------------------------------|--------------------------------|

Paso 2: Navegador central – Asigne un número de identificación a este participante

- ¿Se ha referido este participante a un navegador central anteriormente? Si no, asigne un número de participante de la siguiente forma: las dos primeras letras del primer nombre, las dos primeras letras del apellido, los dos dígitos del mes de nacimiento, dos dígitos del día de nacimiento (ej. Sally Jones DOB 10/16/80 sería SAJO1016).
- SI YA EXISTE UN RECORD PARA ESTE PARTICIPANTE, UTILICE EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE EXISTENTE.
- Número de identificación del participante: _____