

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	Condado*
			Código postal
¿Hay alguien que no viva con usted a quien podamos contactar si no podríamos comunicarnos con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, escriba la información de la persona: Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con usted (ej.: amigo, padre de crianza): _____		
¿Cuál es su género?* <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro género: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			
¿Cuál es su raza/ etnicidad? (marque todas las que apliquen)* <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o African Americano <input type="checkbox"/> Hispano or Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacíficas <input type="checkbox"/> Otra raza/etnicidad: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	Nativo Americano ¿Es parte de una tribu reconocida o Nativo de Alaska? → federalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿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? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	¿Tiene alguna discapacidad?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		
¿Tiene suficientes personas con quien contar cuando necesita de un buen consejo? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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)? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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"/> Prefiero no decir
<input type="checkbox"/> N/A, no he experimentado ninguna de estas			
Está actualmente embarazada o esperando un hijo? (madre o padre)? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: _____

CR/CYI Encuesta de Información del Participante

INSTRUCCIONES: Todas las partes de la Encuesta de Información del Participante deben completarse al comienzo de la participación en Community Responses o Connected Youth Initiative. El formulario puede completarse con la ayuda de un navegador central u otro proveedor de servicios, si fuese necesario.

Para cada uno de las siguientes, marque la respuesta que más se asemeje a cómo usted se siente

Conexiones sociales	A. Para nada como mi vida	B. No se parece mucho a mi vida	C. Algo como mi vida	D. Se parece mucho a mi vida	E. Justo como mi vida	No aplica – No tengo hijos
Yo tengo personas que creen en mi						-
Yo tengo alguien en mi vida quien me aconseja, aunque sea difícil de escuchar.						-
Cuando estoy trabajando en lograr alguna meta, tengo amigos quienes me apoyarán.						-
Cuando necesito de alguien que cuide a mis hijos de improviso, yo puedo encontrar a alguien en quien confió.						
Yo tengo gente a la que le puedo preguntar con confianza consejos acerca de (marque todos los que apliquen):						
A. ___ Dinero/facturas/presupuesto C. ___ Comida/nutrición E. ___ Crianza/mis hijos (si aplica) B. ___ Relaciones y/o mi vida amorosa D. ___ Estrés, ansiedad y/o depresión F. ___ Ninguna de las anteriores						

Apoyo concreto	A. Para nada como mi vida	B. No se parece mucho a mi vida	C. Algo como mi vida	D. Se parece mucho a mi vida	E. Justo como mi vida
Pude cubrir todos mis gastos el mes pasado (<i>los gastos incluyen costos como alquiler, facturas de servicios públicos, alimentos, transporte, cuidado de niños y gastos médicos</i>)					
El medio de transporte que uso es confiable y consistente					
Mi situación de vivienda es económica, segura y estable					
En los últimos tres meses, mis hijos y yo hemos podido ir al doctor cuando lo hemos necesitado. (<i>Si no tiene hijos, conteste sólo por usted</i>)					
En los últimos tres meses, encontré un trabajo y/o trabajé cuando lo necesitaba.					

PARA EL NAVEGADOR CENTRAL

- **Escriba el número de identificación del participante debajo**
- Consulte la sección 6 del Formulario del participante de CR/CYI.
- Escriba el **MISMO** número de identificación del participante debajo.
- Número de identificación del participante: _____

1) **Agregar SÓLO ESTA PÁGINA en la carpeta de encuestas de su comunidad en Box.com**

CR/CYI SERVICIO DE APOYO FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE FONDOS

Fecha: ____/____/____

1) ¿Cómo le podemos ayudar?

¿Cuál es su necesidad? ¿Cómo cuánto cuesta? Por favor, incluya tantos detalles como le sea posible.

2) Documentos necesarios

Se le pedirá presentar documentación de ciertas necesidades tales como el alquiler de su vivienda o facturas sin pagar. Favor de traerlos si le es posible. Por ejemplo: Notificaciones de corte de servicio de compañía de servicios públicos, notificaciones de desalojo, facturas médicas sin pagar, estimado de servicios médicos.

3) Algunas preguntas sobre usted

Nombre completo: (Primer y segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento

____/____/____

Número de teléfono

Correo electrónico (opcional)

Dirección de domicilio actual

Ciudad

Estado

Condado y

Código postal

4) ¿Dónde podemos mandar su pago?

Nombre del negocio

Nombre del personal a contactar

Número de teléfono del negocio

Dirección del negocio (incluya ciudad, estado y código postal)

5) Esta información debe ser completada por un navegador central* (Solicitantes NO llenan esta sección)

Información del pago

Fecha de pago:

____/____/____

Método de pago: Cheque (# de cheque _____) Tarjeta de regalo Otro

Monto de vivienda \$	Detalles necesarios (Ej.; alquiler, estancia de hotel)	Monto de empleo \$	Detalles necesarios (Ej., uniforme)
Monto de servicios públicos \$	Detalles necesarios (Ej.; factura de la luz)	Monto de salud física/ dental \$	Detalles necesarios (Ej., co-pago)
Monto de vida diaria \$	Detalles necesarios (Ej.; productos de higiene, pago de teléfono celular, ropa para sí mismo)	Monto de salud mental \$	Detalles necesarios (Ej., co-pago)
Monto de educación \$	Detalles necesarios (Ej.; libros, matrículas)	Monto de crianza \$	Detalles necesarios (Ej., guardería, pañales, leche de fórmula, silla infantil para carro, ropa de niños)
Monto de transporte \$	Detalles necesarios (Ej., reparación de carro, placas)	Otro monto \$	Detalles necesarios (Ej., unidad de almacenamiento)

DON'T FORGET! Enter this form into your electronic data system!

Complete esto lo mejor que pueda. Necesitamos tener una idea de cómo es un mes para usted.

INGRESO MENSUAL			Empleo			
			Individual 1		Individual 2	
			Empleador:			
			Salario por hora:	\$		
			Horas de trabajo por semana:			
			Individual 2			
			Empleador:			
			Salario por hora:	\$		
			Horas de trabajo por semana:			
			Are you out of work because of COVID-19?	Si	No	
			Ha solicitado desempleo?	Si	No	
			¿Tienes Medicaid?	Si	No	

Ingreso Bruto Total: _____

Ingreso Neto Total: _____

Gastos Mensuales					
Gastos	Actual	Proyectado	Gastos	Actual	Proyectado
AHORROS			FAMILIA		
Plan de Emergencia			Seguro de Vida**		
ALOJAMIENTO			Guardería/Cuidado de niños		
Alquiler / Hipoteca			Pañales		
2da Hipoteca/Espacio para Casas			Dinero para Gastar		
Impuesto a la Propiedad			Pensión Alimenticia/Manutención Infantil **		
Seguro de Inquilinos /Propietarios			EDUCACIÓN		
Muebles para el Hogar			Matrícula/Gastos escolares (no cubiertos por ayuda		
Reparaciones y Mejoramientos			Música u otras Lecciones		
UTILIDADES			Préstamos Estudiantiles		
Electricidad/Gas/Agua			OTRO		
Basura			Pagos con tarjeta de crédito		
Gastos	Actual	Proyectado	Gastos	Actual	Proyectado
COMIDA			ENTRETENIMIENTO		
Abarroses / Artículos para el hogar			Alquiler de Películas/Netflix		
Alimentos comprados en el trabajo			Cenar Fuera		
Almuerzos Escolares			Deportes/Pasatiempos		
TRANSPORTE			Vacaciones		
Pago de Auto #1			Lotería/Apuestas		
Pago de Auto #2			PERSONAL		
Gasolina			Corte de cabello / Uñas		
Seguro de Auto			Artículos de Tocado/ Cosméticos		
Mantenimiento			Tabaco/Alcohol/Drogas		
Registro/Licencias			LISTA DE SERVICIOS INCLUIDOS----->		
Estacionamiento/Compartir			Teléfono		
ROPA			Cable/Satélite		
Para la Familia			Internet		
Lavandería			GASTOS DIVERSOS		
CUIDAD DE SALUD			Cuidado de Mascotas		
Seguro de Salud**			Otras Deudas/Embargos		
Doctor/Dentista/Cuidado de Ojos					
Recetas			Ingresos Totales		
Otro			Gastos Totales		
			Total Restante por Mes		

updated 7/1/2020

**Navegación Central
Servicio de Respuesta Comunitaria**

Solicitud y Autorización para la Divulgación de Información Confidencial

Yo, _____, autorizo al Sistema de Respuesta de United Way of South Central Nebraska, sus socios y organizaciones de asistencia comunitaria para comunicarse y divulgarse entre sí en forma verbal, escrita, electrónica o facsímil con respecto a los servicios que se nos brindan a mí y a mi familia, según sea necesario. El propósito de divulgar información básica como el nombre y el tipo / cantidad de asistencia brindada es coordinar mejor los servicios para la familia y aprovechar al máximo los recursos limitados de la comunidad. La responsabilidad principal del Navegador central y sus socios es evaluar las necesidades y determinar los objetivos como socio de la familia para proporcionar administración de casos y conexiones a los recursos de la comunidad.

Acepto que la información se comparta con todas las partes mencionadas anteriormente, excluyendo las siguientes partes:

Entiendo que el Sistema de Respuesta de United Way of South Central Nebraska, Central Navigator y sus socios y organizaciones de asistencia comunitaria no pueden condicionar las decisiones sobre mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios o servicios sobre si firmo o no esta autorización. Una copia de esta autorización será tan válida como el original.

Firma del Cliente

Fecha de Firma

Firma de Testigo



Envíe esta solicitud y la documentación necesaria a navigator@unitedwayscne.org

Central Navigator Phone: (402) 594-1332
301 S Burlington Avenue, Hastings, NE 68901