

For office use only: NMIS#: \_\_\_\_\_  
Entered into Clarity:

## RESPUESTA COMUNITARIA / FORMULARIO DE ADMISIÓN DE LA INICIATIVA DE JUVENTUD CONECTADA



FECHA: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN I-a: Información del participante / cliente

Primer Nombre:		Nombre de medio:		Apellido:	
Doncella/Alias:		Sufijo (Jr, III):	Nombre preferido:		
Domicilio:					
Ciudad:			Estado:		Código Postal:
Condado y residencia:				Correo electrónico:	
Teléfono de hogar:		Número de celular:		Fecha de nacimiento:	
<b>Cuatro números de social:</b>		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
<b>Género:</b>		<input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Hembra (MTF o Hembro o Hembra) <input type="checkbox"/> Trans Masculino (FTM o Femenino a Masculino)		<input type="checkbox"/> Género No Conforme (no exclusivamente masculino o femenino) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>Riez (selección de 2):</b>		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>Etnicidad:</b>		<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>Veterano militar de EE. UU:</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>¿Tiene una condición que lo incapacita?</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	

**La respuesta es 'Sí' o 'No' para cada tipo de discapacidad (en blanco).**  
Si el cliente selecciona 'Sí' para cualquier tipo de discapacidad, también debe completar las secciones sombreadas a continuación.

Tipo de discapacidad	Sí	No	¿Se espera que su discapacidad sea a largo plazo y de duración indefinida o que afecte sustancialmente su capacidad para vivir de forma independiente?			
Abuso de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Discapacidad del Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Problema de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Discapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

<b>¿Actualmente está cubierto por un seguro médico?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
---	--

**Responda "Sí" o "No" para cada fuente de seguro médico.** Responda "Sí" para cualquier fuente que se reciba actualmente. Responda "No" para las fuentes que se han cancelado, incluso si se recibieron en el pasado. Si el cliente selecciona 'Sí' para cualquier tipo de seguro, complete la sección sombreada a continuación.

Tipo de seguro médico	Sí	No
Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa estatal de seguro para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veteranos (VA) Servicios médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico proporcionado por el empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seguro médico obtenido a través de COBRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro privado Seguro médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estatal para adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿De niño estuvo alguna vez en cuidado del estado? o lo está ahora? (Foster Care)**  Sí  No sé  No  Prefiero no responder

**Si, Sí número de años:**

Menos de 1 año → Ingrese el número de meses: \_\_  1 - 2 años  3 - 5 o más años  Prefiero no responder

**Si, Sí cuánto tiempo hace ¿Salio de Foster Care?**

90 días  6 meses  9 meses  12 meses  Más de 12 meses

**Si tiene entre 14 y 25 años de edad, ¿ha estado en lo siguiente?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios en el hogar para su familia (del DHHS) | <input type="checkbox"/> Personas sin hogar                             |
| <input type="checkbox"/> Tutela o adopción                                | <input type="checkbox"/> Trata de personas                              |
| <input type="checkbox"/> Libertad condicional o encarcelamiento           | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                          |
|   | <input type="checkbox"/> N/A, no tengo experiencia con ninguno de estos |

**¿Es usted víctima / sobreviviente de violencia doméstica?**

- Sí  No sé  No  Prefiero no responder

**Si, Si ¿cuándo ocurrió la experiencia?**

- En los últimos tres meses  Hace tres a seis meses  De siete a doce meses  Hace más de un año  El cliente no sabe  Prefiero no responder

**↓ Si, Sí, ¿el cliente está huyendo actualmente?**

- Sí  No  El cliente no sabe  El cliente se negó  Datos no recopilados

**Orientación sexual**

- |                                       |  |                                   |  |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Gay                         | <input type="checkbox"/> Lesbiana | <input type="checkbox"/> Bisexual              |
| <input type="checkbox"/> Otro         | <input type="checkbox"/> Cuestionamiento / No Seguro | <input type="checkbox"/> No lo sé | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

**¿Actualmente está embarazada o está esperando un hijo? (Madre o Padre)**

- Sí  No  No sé  Prefiero no contestar

**Si está embarazada, ¿fecha de nacimiento proyectada?**

		/			/			
Mes			Fecha			Año		

**¿Cuál es su nivel más alto de educación alcanzado?**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin escolaridad completa       | <input type="checkbox"/> 9° grado               | <input type="checkbox"/> Escuela secundaria | <input type="checkbox"/> Escuela postsecundaria |
| <input type="checkbox"/> Escuela de párvulos - 4° grado | <input type="checkbox"/> 10° grado              | <input type="checkbox"/> No sé              | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder  |
| <input type="checkbox"/> 5° grado o 6° grado            | <input type="checkbox"/> 11° grado              |   |   |
| <input type="checkbox"/> 7° grado u 8° grado            | <input type="checkbox"/> 12° grado, sin diploma |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Diploma de colegio     |   |   |

**SECCIÓN I-b : Adulto # 2 en el hogar**

Nombre:	Nombre de medio:	Apellido:
Doncella/Alias:	Sufijo (Jr., III):	Nombre preferido:
Correo electrónico:	Teléfono:	Fecha de Nacimiento:
<b>Cuatro números de social:</b>	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>Género:</b>	<input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Género No Conforme (no exclusivamente masculino o femenino) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Trans Hembra (MTF o Hembro o Hembra) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Trans Masculino (FTM o Femenino a Masculino)	
<b>Riez (selección de 2):</b>	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Blanco	
<b>Etnicidad:</b>	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico	

<b>Veterano militar de EE. UU:</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>¿Tiene una condición que lo incapacita?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>La respuesta es 'Sí' o 'No' para cada tipo de discapacidad (en blanco).</b> Si el cliente selecciona 'Sí' para cualquier tipo de discapacidad, también debe completar las secciones sombreadas a continuación.				
<b>Tipo de discapacidad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>¿Se espera que su discapacidad sea a largo plazo y de duración indefinida o que afecte sustancialmente su capacidad para vivir de forma independiente?</b>	
Abuso de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Discapacidad del Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problema de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Discapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>¿Actualmente está cubierto por un seguro médico?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Responda "Sí" o "No" para cada fuente de seguro médico.</b> Responda "Sí" para cualquier fuente que se reciba actualmente. Responda "No" para las fuentes que se han cancelado, incluso si se recibieron en el pasado. Si el cliente selecciona 'Sí' para cualquier tipo de seguro, complete la sección sombreada a continuación.				
<b>Tipo de seguro médico</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>		
Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa estatal de seguro para Veteranos (VA) Servicios médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seguro médico proporcionado por el empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seguro médico obtenido a través de COBRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seguropago privado Seguro médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Estatad para adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>¿De niño estuvo alguna vez en cuidado del estado? o lo está ahora? (Foster Care)</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Si, Sí número de años:</b>				
<input type="checkbox"/> Menos de 1 año → Ingrese el número de meses:	<input type="checkbox"/> 1 - 2 años	<input type="checkbox"/> 3 - 5 o más años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>Si, Sí cuánto tiempo hace ¿Salio de Foster Care?</b>				
<input type="checkbox"/> 90 días	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 9 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses
<b>Si tiene entre 14 y 25 años de edad, ¿ha estado en lo siguiente?</b>	<input type="checkbox"/> Servicios en el hogar para su familia (del DHHS)	<input type="checkbox"/> Tutela o adopción	<input type="checkbox"/> Libertad condicional o encarcelamiento	<input type="checkbox"/> Personas sin hogar
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> N/A, no tengo experiencia con ninguno de estos		
<b>¿Es usted víctima / sobreviviente de violencia doméstica?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Si, Si ¿cuándo ocurrió la experiencia?</b>				
<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses	<input type="checkbox"/> Hace tres a seis meses	<input type="checkbox"/> De siete a doce meses	<input type="checkbox"/> Hace más de un año	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
<b>↓ Si, Sí, ¿el cliente está huyendo actualmente?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente se negó	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<b>Orientación sexual</b>	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Gay	<input type="checkbox"/> Lesbiana	<input type="checkbox"/> Bisexual
	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Cuestionamiento / No Seguro	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>¿Actualmente está embarazada o está</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no

<b>esperando un hijo? (Madre o Padre)</b>	contestar									
<i>Si está embarazada, ¿fecha de nacimiento proyectada?</i>			/			/				
	Mes			Fecha			Año			

<b>¿Cuál es su nivel más alto de educación alcanzado?</b>	<input type="checkbox"/> Sin escolaridad completa	<input type="checkbox"/> 9° grado	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Escuela postsecundaria
	<input type="checkbox"/> Escuela de párvulos - 4° grado	<input type="checkbox"/> 10° grado	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
	<input type="checkbox"/> 5° grado o 6° grado	<input type="checkbox"/> 11° grado		
	<input type="checkbox"/> 7° grado u 8° grado	<input type="checkbox"/> 12° grado, sin diploma		
	<input type="checkbox"/> Diploma de colegio			

**SECCIÓN II : Información del hogar**

<b>La Relación del Hogar</b>	<input type="checkbox"/> Mixta	<input type="checkbox"/> Madre Padre
	<input type="checkbox"/> Pareja Sin hijos	<input type="checkbox"/> Soltero Padre Varón
	<input type="checkbox"/> Pareja (padre y amigo) con hijo (s)s	<input type="checkbox"/> Sola Persona
	<input type="checkbox"/> Cuidador (sin custodia (s))	<input type="checkbox"/> Dos Padres Familia
	<input type="checkbox"/> Padre (s) de crianza (s)	<input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Abuelos e hijos (s)	

<b>Estado de Vivienda</b>	<input type="checkbox"/> Categoría 1 - Homeless	<input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar
	<input type="checkbox"/> Categoría 2 - en situación de riesgo inminente de perder la vivienda	<input type="checkbox"/> De manera estable alojado
	<input type="checkbox"/> Categoría 3 - Homeless bajo otra Federal estatuas	<input type="checkbox"/> No sé
	<input type="checkbox"/> Categoría 4 - huyen de la violencia	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

**Código postal de la última dirección permanente**

**Incluyéndose a usted mismo, cuántos adultos (personas mayores de 18 años) hay en su hogar:**

**¿Cuántos NIÑOS (personas menores de 17 años) hay en su hogar? Ingrese 0 si no viven niños con usted. \***

<b>¿Alguno de sus hijos tiene alguna discapacidad? *</b>	<input type="checkbox"/> Si, cuantos _____	<input type="checkbox"/> No sé
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

<b>¿Tiene la custodia total de sus hijos?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No sé
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

<b>¿Tiene un caso abierto o voluntario con los Servicios de Protección Infantil / DHHS?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No sé
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

**SECCIÓN III: Solicitud de asistencia**

**Se le pedirá que proporcione documentación para ciertas necesidades, como soporte de alquiler o facturas impagas, así que tráiganos con usted si puede. Los ejemplos incluyen: avisos de cierre de empresas de servicios públicos, avisos de desalojo, facturas médicas impagas, estimaciones de servicios de salud, asistencia para el cuidado de niños, etc.**

**¿Cuál es su necesidad más urgente? ¿Aproximadamente cuánto cuesta? Incluya tantos detalles como sea posible.**

<p><b>Marque lo que corresponda:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Servicio de guardería Asistencia</li> <li><input type="checkbox"/> Vida Diaria (Ropa, higiene, más)</li> <li><input type="checkbox"/> Dentista</li> <li><input type="checkbox"/> Educación</li> <li><input type="checkbox"/> Empleo</li> <li><input type="checkbox"/> Finanzas</li> <li><input type="checkbox"/> En general Habilidades para la Vida</li> <li><input type="checkbox"/> Vivienda</li> <li><input type="checkbox"/> Ayuda Legal</li> <li><input type="checkbox"/> Salud mental</li> <li><input type="checkbox"/> Para padres asistencia</li> <li><input type="checkbox"/> Salud Física</li> <li><input type="checkbox"/> Por uso de sustancias</li> <li><input type="checkbox"/> De apoyo Relaciones</li> <li><input type="checkbox"/> Transporte</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios públicos</li> <li><input type="checkbox"/> Otros:</li> </ul>	<p><b>Explique su necesidad con el mayor detalle como sea posible con información de costos:</b></p>
---	--

¿Dónde debemos enviar el pago?			
Nombre de la empresa:		Contacto:	Teléfono:
Nombre de Dirección:		Ciudad:	Estado:      Código postal:
¿Ha sido afectado financieramente por COVID-19?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> estoy seguro	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<i>Si la respuesta es sí, explique:</i>			
¿Usted o sus hijos CALIFICAN para Medicaid, Título XX y / o almuerzo gratis o reducido, incluso si no recibe ninguno de ellos?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Estoy seguro	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Hay alguien que no vive con usted con quien podamos comunicarnos si no podemos comunicarnos con usted?			
<input type="checkbox"/> Sí, enumere a continuación:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Estoy seguro	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Nombre:		Teléfono:	
Relación con usted (por ejemplo, amigo, padre adoptivo, etc.):			
¿Tiene suficientes personas con las que contar cuando necesita que alguien le dé un buen consejo?			
<input type="checkbox"/> Si, ¿cuántos? (escriba el número)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Estoy seguro	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

**SECCIÓN IV: Formulario de admisión de niños**

	NIÑO # 1	NIÑO # 2	NIÑO # 3	NIÑO # 4	NIÑO # 5
<b>Apellido</b>					
<b>Nombre</b>					
<b>Últimos 4 dígitos del SSN</b>					
<b>Fecha de nacimiento</b>					
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer (MTF o Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Hombre Trans (FTM o Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Género No Conforme (no exclusivamente hombre o mujer) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer (MTF o Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Hombre Trans (FTM o Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Género No Conforme (no exclusivamente hombre o mujer) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer (MTF o Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Hombre Trans (FTM o Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Género No Conforme (no exclusivamente hombre o mujer) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer (MTF o Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Hombre Trans (FTM o Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Género No Conforme (no exclusivamente hombre o mujer) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer (MTF o Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Hombre Trans (FTM o Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Género No Conforme (no exclusivamente hombre o mujer) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Etnia</b>	<input type="checkbox"/> No hispana /no latino <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> No hispano / No latino <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> No hispano / No latino <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> No hispano / No latino <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> No hispano / No latino <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Condición discapacitante</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
<b>Tipo de condición (marque todas las que correspondan si se marca Sí en la pregunta anterior Condición)</b>	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Problema de salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Problema de salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Problema de salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Problema de salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Problema de salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica
<b>Relación con el participante / cliente</b>	<input type="checkbox"/> Niño del jefe de hogar <input type="checkbox"/> Niño del cónyuge del jefe de hogar o pareja del hogar <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe del hogar (otro pariente con el jefe del hogar) <input type="checkbox"/> Otro: miembro pariente <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Niño del jefe de hogar <input type="checkbox"/> Niño del cónyuge del jefe de hogar o pareja del hogar <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe del hogar (otro pariente con el jefe del hogar) <input type="checkbox"/> Otro: miembro pariente <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Niño del jefe de hogar <input type="checkbox"/> Niño del cónyuge del jefe de hogar o pareja del hogar <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe del hogar (otro pariente con el jefe del hogar) <input type="checkbox"/> Otro: miembro pariente <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Niño del jefe de hogar <input type="checkbox"/> Niño del cónyuge del jefe de hogar o pareja del hogar <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe del hogar (otro pariente con el jefe del hogar) <input type="checkbox"/> Otro: miembro pariente <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Niño del jefe de hogar <input type="checkbox"/> Niño del cónyuge del jefe de hogar o pareja del hogar <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe del hogar (otro pariente con el jefe del hogar) <input type="checkbox"/> Otro: miembro pariente <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Cubierto por el seguro</b>	<input type="checkbox"/> Sí (marque todo lo que corresponda a continuación) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí (marque todo lo que corresponda a continuación) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí (marque todo lo que corresponda a continuación) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí (marque todo lo que corresponda a continuación) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí (marque todo lo que corresponda a continuación) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

<b>Seguro de salud</b> (marque todo lo que corresponda si se marca Sí en la pregunta "Cubierto por seguro")	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicaid
	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare
	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> CHIP
	<input type="checkbox"/> Veteran's Affairs	<input type="checkbox"/> Veteran's Affairs	<input type="checkbox"/> Veteran's Affairs	<input type="checkbox"/> Veteran's Affairs	<input type="checkbox"/> Veteran's Affairs
	<input type="checkbox"/> Jefe de familia empleador	<input type="checkbox"/> Jefe de familia empleador	<input type="checkbox"/> Jefe de familia empleador	<input type="checkbox"/> Jefe de familia empleador	<input type="checkbox"/> Jefe de familia empleador
	<input type="checkbox"/> Jefe de familia COBRA	<input type="checkbox"/> Jefe de familia COBRA	<input type="checkbox"/> Jefe de familia COBRA	<input type="checkbox"/> Jefe de familia COBRA	<input type="checkbox"/> Jefe de familia COBRA
	<input type="checkbox"/> Pago privado	<input type="checkbox"/> Pago privado	<input type="checkbox"/> Pago privado	<input type="checkbox"/> Pago privado	<input type="checkbox"/> Pago privado
	<input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas
	<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____

**OPCIONAL - Sección V: Información sobre el cuidado de niños**

**Esta sección SOLO debe completarse si necesita asistencia para el cuidado de niños.**

<b>Nombre del proveedor de cuidado de niños:</b>		<b>Costo promedio semanal de cuidado de niños:</b>	
<b>teléfono del proveedor de cuidado de niños:</b>		<b>Número de promedio de horas por semana que su hijo (a) asiste al cuidado de niños:</b>	
<b>Dirección del proveedor de niños:</b>			

**SECCIÓN VI: Información de ingresos y gastos del hogar**

	Participante / Cliente		Adulto # 2	
<b>Empleador</b>				
<b>salario por hora</b>				
<b>Horas de trabajo por semana</b>				
<b>¿Está sin trabajo debido a COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
<b>¿Ha solicitado desempleo?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar

Fuente de ingresos	Sí	No	caso afirmativo, cantidad mensual de la fuente:
Ingresos del trabajo (del trabajo)			\$
Desempleo			\$
SSI - Seguridad de ingreso suplementaria			\$
SSDI - Incapacidad del Seguro Social Ingresos			\$
VA discapacidad relacionada Compensación			\$
VA no relacionada con el servicio Pensión de Incapacidad			\$
privada Seguro de Incapacidad			\$
Compensación del Trabajador			\$
TANF - Asistencia temporal para Familias Necesitadas			\$
Asistencia General (AG)			\$
SSA - Seguridad Social			\$
Pensiones / jubilación Ingresos del trabajo anterior			\$
Manutención de menores			\$
Pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge			\$
Contribuciones de otras personas			\$
Ayuda para el cuidado de dependientes (ADC)			\$
Otro (especifique):			\$
<b>INGRESO MENSUAL TOTAL DE TODAS LAS FUENTES:</b>			<b>\$</b>

<b>BENEFICIOS PÚBLICOS - ¿Tiene algún beneficio en efectivo de cualquier fuente?</b>			
<b>Fuente de beneficio público</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>caso afirmativo, cantidad mensual de la fuente</b>
Vales de vivienda / Sección 8			\$
LIHEAP -hogares de <i>Programa de energía para bajos ingresos</i>			\$
SNAP - <i>Programa de asistencia nutricional suplementaria</i>			\$
WIC - <i>Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños</i>			\$
Servicios de cuidado infantil de TANF Servicios			\$
transporte de TANF			\$
Otros servicios financiados por TANF			\$
Otro (especifique):			\$
<b>BENEFICIO TOTAL NO EN EFECTIVO:</b>			<b>\$</b>

### **GASTOS MENSUALES ACTUALES DE VIDA**

<b>Categoría de gastos</b>	<b>Cantidad de gasto</b>	<b>Categoría de gastos</b>	<b>Cantidad de gasto</b>
<b>AHORRO</b>		<b>FAMILIA</b>	
Plan de emergencia		Seguro de vida	
<b>VIVIENDA</b>		Guardería	
Alquiler / Hipoteca		Asignación / Dinero para gastos	
Segunda hipoteca / Espacio para casas móviles		Pensión alimenticia / anutención infantil	
Impuesto sobre la propiedad		<b>EDUCACIÓN</b>	
Inquilinos / propietarios de viviendas		Matrícula / gastos escolares	
Mobiliario para el hogar (ex. Alquiler con opción a compra)		Música u otras lecciones	
Reparaciones y mejoras		Préstamos estudiantiles	
<b>SERVICIOS PÚBLICOS</b>		<b>ENTRETENIMIENTO</b>	
Electricidad / Agua		Películas / Netflix	
Gas		Comer fuera	
Basura		Deportes / Pasatiempos	
<b>COMIDA</b>		Vacaciones	
Comestibles		Lotería / Apuestas	
Alimentos comprados en el trabajo		<b>PERSONAL</b>	
Almuerzos escolares		Corte de pelo / Uñas	
<b>TRANSPORTE</b>		Artículos de tocador / Cosméticos	
Pago de automóvil # 1		Tabaco / Alcohol / Drogas	
Pago de automóvil # 2		<b>SERVICIOS COMBINADOS</b>	
Gasolina		Teléfono	
Seguro de automóvil		Cable / Satélite	
Mantenimiento / Neumáticos		Internet	
Aparcamiento / Carpool		<b>VARIOS DE</b>	
<b>ROPA</b>		Cuidado de mascotas	
Para la familia		Otras deudas / embargos	
Gasto de lavandería			
<b>CUIDADO DE LA SALUD</b>		<b>GASTOS TOTALES</b>	
Seguro médico **		<b>INGRESOS TOTALES</b>	
Doctor / Dentista / Cuidado de ojos / Otro			
Prescripciones		<b>INGRESO MENSUAL NETO</b>	



**SECCIÓN VII: Encuesta de información para los participantes de CR / CYI**

*INSTRUCCIONES: Todas las partes de la Encuesta de información para los participantes deben completarse al comienzo de la participación en Respuesta comunitaria o la Iniciativa de jóvenes conectados. El formulario se puede completar con la ayuda de un navegador central u otro proveedor de servicios, si es necesario.*

<b>Acepto que se comparta mi información para la evaluación a continuación:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
Como parte de la evaluación de Community Response y Connected Youth Initiative, sus datos se compartirán con Nebraska Children y sus evaluadores del Munroe-Meyer Institute. Su nombre no se incluirá en ninguna de la información que se proporcione al equipo de evaluación. Todos los datos se resumen como un grupo. Puede optar por no participar en la evaluación. Si tiene preguntas, llame a la Dra. Barbara Jackson al 402-559-5765		
<b>Firma del participante:</b>	<b>Fecha:</b>	

**Para cada uno de los siguientes puntos, marque la respuesta que más se asemeje a cómo se siente.**

<b>CONEXIONES SOCIALES</b>	<b>A. NO SE PARECE EN MI VIDA</b>	<b>B. NO SE VISTO EN MI VIDA</b>	<b>C. ALGO COMO MI VIDA</b>	<b>D. MUY COMO MI VIDA</b>	<b>E. SÓLO COMO MI VIDA</b>	<b>N / A NO TENGO HIJOS</b>
Tengo personas que creen en mí.						
Tengo a alguien en mi vida que me da consejos, incluso cuando es difícil de escuchar.						
Cuando intento trabajar para lograr una meta, tengo amigos que me apoyarán.						
Cuando necesito que alguien cuide de mis hijos con poca antelación, puedo encontrar a alguien en quien confío						
Tengo personas en las que confío para pedir consejo sobre (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Dinero / Facturas / Presupuestarias <input type="checkbox"/> Relaciones y / o mi vida amorosa <input type="checkbox"/> Alimentos / Nutrición		<input type="checkbox"/> El estrés, la ansiedad y / o depresión <input type="checkbox"/> Crianza / Mis hijos (si es aplicable) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores			

<b>APOYO CONCRETO</b>	<b>A. NO SE PARECE EN MI VIDA</b>	<b>B. NO SE VISTO EN MI VIDA</b>	<b>C. ALGO COMO MI VIDA</b>	<b>D. MUY COMO MI VIDA</b>	<b>E. SÓLO COMO MI VIDA</b>
Puede cubrir todos mis gastos el mes pasado <i>(los gastos incluyen gastos como alquiler, facturas de servicios públicos, comida, transporte, cuidado de niños y gastos médicos)</i>					
El transporte que uso es confiable y consistente					
Mi situación de vivienda es asequible, seguro y estable					
Durante los últimos tres meses, mis hijos y yo hemos podido ver a un médico cuando lo necesitábamos. <i>(Si no tiene hijos, responda solo por usted mismo)</i>					
Durante los últimos tres meses, encontré un trabajo y / o trabajé cuando necesitaba					

NMIS#: \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ entender que la información sobre mí y / o mis dependientes enumerados en esta solicitud se ingresa en un sistema de base de datos llamado Clarity Human Services. Este sistema ayuda a comprender mejor la falta de vivienda, a mejorar la prestación de servicios y a evaluar la eficacia de los servicios prestados. La participación en la recopilación de datos es un componente fundamental de la capacidad de nuestra comunidad para proporcionar los servicios y la vivienda más eficaces posibles. La información que se recopila está protegida limitando el acceso a la base de datos y limitando la información que se puede compartir. El acceso a los datos y el intercambio de datos cumplen con los estándares establecidos por las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Cada persona y agencia autorizada para leer o ingresar información en el sistema ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información.

**Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:**

La información recopilada por esta agencia se incluirá en Clarity Human Services y solo las agencias asociadas, que hayan celebrado un Acuerdo de participación de la agencia HMIS, pueden usarlo para:

- Producir un perfil de cliente en la admisión que Se compartirá con las agencias colaboradoras
- Producir informes de nivel agregados sobre el uso de los servicios Realizar un
- seguimiento de los resultados individuales a nivel del programa
- Identificar las necesidades de servicios no satisfechas y planificar las mejoras
- Asignar recursos entre las agencias involucradas en los servicios
- Compartir información de la evaluación CR / CYI

**Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:**

Autorizo a las agencias asociadas y sus representantes a compartir información básica sobre los miembros de mi familia que se enumeran a continuación y / o yo. Entiendo que esta información tiene el propósito de evaluar mis / nuestras necesidades de vivienda, asistencia con los servicios públicos, alimentos, asesoramiento y / u otros servicios.

Además, el Sistema de Respuesta de United Way of South Central Nebraska, sus socios y organizaciones de asistencia comunitaria se comunicarán y divulgarán entre sí de forma verbal, escrita, electrónica o por fax con respecto a los servicios que se me brindan a mí y a mi familia según sea necesario. base solamente. 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 hacer el mejor uso de los recursos limitados de la comunidad.

**La información puede consistir en el siguiente PPI (Información personal protegida):**

- Información de la vivienda
- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Composición de la familia
- Estado del seguro médico
- ingresos / no-efectivo para
- VI-SPD AT
- Residencia antes de la entrada al proyecto
- Género
- Número de seguro social
- Etnia y raza
- Ubicación del cliente
- los veteranos de estado
- Servicios prestados
- Condición incapacitante
- Historia de personas sin hogar
- Foto (si corresponde)
- Violencia doméstica
- Entrada y salida programa de
- Evaluaciones

**Entiendo que:**

- ✓ Los organismos asociados han firmado acuerdos para el tratamiento de mi información de una manera profesional y confidencial. Tengo derecho a ver las políticas de confidencialidad del cliente que utilizan las agencias asociadas de HMIS.
- ✓ Los miembros del personal de las agencias asociadas que verán mi información han firmado acuerdos para mantener la confidencialidad con respecto a mi información.
- ✓ La divulgación de mi información no garantiza que recibirá asistencia; mi negativa a autorizar el uso de mi información no me descalifica para recibir asistencia.
- ✓ Mis registros están protegidos por las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.
- ✓ Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito, y puedo revocar la autorización en cualquier momento, si revoco mi autorización, toda la información sobre mí que ya esté en la base de datos permanecerá.
- ✓ Este comunicado es válido por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
- ✓ Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

- ✓ Entiendo que el Sistema de Respuesta de United Ways of South Central Nebraska, el Navegador Central 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.

Agencias asociadas: Se puede ver una lista de las agencias asociadas dentro del Sistema de información para la gestión de personas sin hogar de Nebraska antes de firmar este formulario.

- ✓ Los auditores o financiadores que tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluido el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. Y el Programa de Asistencia para Personas sin Hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska pueden ver mi archivo completo en el HMIS si los servicios recibidos son financiados por su Departamento. /s.

**Escriba sus iniciales en uno de los siguientes niveles de consentimiento:**

Doy autorización para que la información personal protegida y relevante para mí y mis dependientes ingrese en el NMIS y se comparta entre las agencias asociadas.

**O**

No doy mi consentimiento para la inclusión de información personal en el NMIS sobre mí y mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
Nombre del

\_\_\_\_\_  
Participante Firma del participante / cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo Nombre del

\_\_\_\_\_  
Testigo Cargo Cargo del

\_\_\_\_\_  
Testigo Firma Del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

<b>La agencia de referencia y / o el Navegador central de referencia debe completar la información</b>	
<b>Agencia de referencia: complete lo siguiente antes de enviar este formulario al Navegador central:</b>	
Nombre de la agencia de referencia:	
Contacto Número de teléfono:	
Nombre del miembro del personal de referencia:	
Dirección de correo electrónico de contacto:	

NMIS#: \_\_\_\_\_