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

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





Si necesita asistencia de emergencia, comuníquese con el 911. Si está interesado en recibir

	encia que no sea de emergencia, e					ra "HELP" al 402-2	226-5842 para co	municarse con	alguien en su áre	ea local.	
SECCIÓN I-a: Información del participante / cliente Primer Nombre: Nombre de							A 11: 1	Anallida			
				e medio:		Apellido:	pellido:				
Do	ncella/Alias:		Sufijo (Jr, II		N	lombre preferio	do:				
Do	micilio:		(01, 11	,.							
Ciudad: E:				Es	stado:		Código Po	stal:			
Condado y residencia:					Correo electr	ónico:					
Teléfono de hogar: Número de ce			de cel	lular:		Fecha de r	acimiento:				
Cu	atro números de social:							Prefie	ro no respond	ler	
Gé	nero:		e Hembra Mascul			bro o Hembra) menino a	exclusiva femenino	lo Conforme mente mase	e (no culino o		
Riez (selección de 2):  Indio Americano o Asiático Negro o Afroameri				amerio	cano	e Alaska	☐ Nativo de Pacífico ☐ No sé ☐ Prefiero	Hawái u ot	ra isla del		
Etr	nicidad:	☐ No His ☐ Hispan			atino		☐ No sé ☐ Prefiero	no responde	r		
Ve	terano militar de EE. UU:	□Sí				□No	☐ No sé	Prefierd	no responde	r	
ζT	iene una condición que lo	incapaci	ta?		Sí	□No	☐ No sé	Prefierd	no responde	r	
	La respuesta es 'Sí' o 'No' pa Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad	ara cualquie			apacidad,		scapacidad se e sustancialm	ea a largo pla ente su capa	zo y de duraci		
	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.	ara cualquie	r tipo d	le disc	apacidad,	también debe c spera que su d	scapacidad s	ea a largo pla ente su capa ndiente?	zo y de duraci	ir de	
	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad	ara cualquie	er tipo d	No	apacidad, Se e indefin	también debe c spera que su di ida o que afect	scapacidad s e sustancialm forma indepe	ea a largo pla ente su capa ndiente?	izo y de duraci cidad para viv	<b>ir de</b> er	
	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol	ara cualquie	er tipo d	No	¿Se e indefin	también debe c spera que su di ida o que afect □ No	scapacidad se e sustancialm forma indepe	ea a largo pla ente su capa ndiente? □ Prefid	izo y de duraci cidad para vivi ero no responde	ir de er er	
	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol  Abuso de Drogas	s cualquie	i tipo d	No	¿Se e indefin	también debe c spera que su di ida o que afect □ No □ No	scapacidad se e sustancialm forma indepe □ No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? □ Prefia □ Prefia	nzo y de duraci cidad para vivi ero no responde ero no responde	er er er	
	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol  Abuso de Drogas  Discapacidad del Desarrollo	era cualquie	i tipo d	No	apacidad, ¿Se e indefini  Sí Sí	spera que su di ida o que afect  No No	scapacidad se e sustancialm forma indepe  No sé  No sé  No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie	izo y de duraci cidad para vivi ero no responde ero no responde ero no responde	er er er er	
	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol  Abuso de Drogas  Discapacidad del Desarrollo  VIH / SIDA	s cualquie	sí	No	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí  Sí  Sí	spera que su di ida o que afect  No No No	scapacidad se e sustancialm forma indepe  No sé  No sé  No sé  No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie	nzo y de duraci cidad para vivi ero no responde ero no responde ero no responde ero no responde	er er er er er	
	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol  Abuso de Drogas  Discapacidad del Desarrollo  VIH / SIDA  Problema de salud mental	s cualquie	si	No	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí Sí Sí Sí	spera que su di ida o que afect  No No No No	scapacidad se e sustancialm forma indepe  No sé No sé No sé No sé No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie	izo y de duraci cidad para vivi ero no responde ero no responde ero no responde ero no responde	ir de er er er er er	
_	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol  Abuso de Drogas  Discapacidad del Desarrollo  VIH / SIDA  Problema de salud mental  Discapacidad física  Condición de salud crónica  Actualmente está cubierto	era cualquie	Sí	No	Se e indefinition   Sí   Sí   Sí   Sí   Sí   Sí   Sí   S	spera que su di ida o que afect  No No No No No No	scapacidad se e sustancialm forma indepe  No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie	ero no responde ero no responde	ir de er er er er er	
_	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol Abuso de Drogas Discapacidad del Desarrollo VIH / SIDA Problema de salud mental Discapacidad física Condición de salud crónica  Actualmente está cubierto édico?  Responda "Sí" o "No" para Responda "No" para las fuen cualquier tipo de seguro, com	s cada fuen tes que se	eguro  te de s han car	No	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí On Mo	también debe c spera que su di ida o que afect  No No No No No No No So So Responda "Sí" p si se recibieron	scapacidad se e sustancialm forma indepe No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie esé iero no resp uente que se si el cliente se	ero no responde	er e	
_	Si el cliente selecciona 'Sí' parcontinuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol Abuso de Drogas Discapacidad del Desarrollo VIH / SIDA Problema de salud mental Discapacidad física Condición de salud crónica  Actualmente está cubierto édico?  Responda "Sí" o "No" para Responda "No" para las fuen cualquier tipo de seguro, com	s cada fuen tes que se	eguro  te de s han car	No	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí On Mo	también debe c spera que su di ida o que afect  No No No No No No No So So Responda "Sí" p si se recibieron	scapacidad se e sustancialm forma indepe No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie esé iero no resp	ero no responde ero no responde	er e	
_	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol Abuso de Drogas Discapacidad del Desarrollo VIH / SIDA Problema de salud mental Discapacidad física Condición de salud crónica Actualmente está cubierto édico?  Responda "Sí" o "No" para Responda "No" para las fuen cualquier tipo de seguro, com Tipo de seguro médico Medicaid	s cada fuen tes que se	eguro  te de s han car	No	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí On Mo	también debe c spera que su di ida o que afect  No No No No No No No So So Responda "Sí" p si se recibieron	scapacidad se e sustancialm forma indepe No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie esé iero no resp uente que se si el cliente se	ero no responde	er e	
_	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol Abuso de Drogas Discapacidad del Desarrollo VIH / SIDA Problema de salud mental Discapacidad física Condición de salud crónica  Actualmente está cubierto édico?  Responda "Sí" o "No" para Responda "No" para las fuen cualquier tipo de seguro, com Tipo de seguro médico  Medicaid Medicare	o por un s  cada fuen tes que se nplete la se	eguro  te de s han car	No	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí On Mo	también debe c spera que su di ida o que afect  No No No No No No No So So Responda "Sí" p si se recibieron	scapacidad se e sustancialm forma indepe No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie esé iero no resp uente que se si el cliente se	ero no responde	er e	
_	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol Abuso de Drogas Discapacidad del Desarrollo VIH / SIDA Problema de salud mental Discapacidad física Condición de salud crónica  Actualmente está cubierto dedico?  Responda "Sí" o "No" para Responda "No" para las fuen cualquier tipo de seguro, com Tipo de seguro médico  Medicaid Medicare Programa estatal de seguro p	popor un s  cada fuen tes que se nplete la sec	eguro  te de s han car	No	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí On Mo	también debe c spera que su di ida o que afect  No No No No No No No So So Responda "Sí" p si se recibieron	scapacidad se e sustancialm forma indepe No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie esé iero no resp uente que se si el cliente se	ero no responde	er e	
_	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol Abuso de Drogas Discapacidad del Desarrollo VIH / SIDA Problema de salud mental Discapacidad física Condición de salud crónica  Actualmente está cubierto édico?  Responda "Sí" o "No" para Responda "No" para las fuen cualquier tipo de seguro, com Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro p Veteranos (VA) Servicios mé	p por un s  cada fuen tes que se nplete la ser  cara dicos	eguro  te de s han car cción so	No  Geguro  ncelad  ombres	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí On Mo	spera que su di ida o que afect  No No No No No No No No	scapacidad se e sustancialm forma indepe No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie esé iero no resp uente que se si el cliente se	ero no responde	er e	
_	Si el cliente selecciona 'Sí' parcontinuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol Abuso de Drogas Discapacidad del Desarrollo VIH / SIDA Problema de salud mental Discapacidad física Condición de salud crónica Actualmente está cubierto édico?  Responda "Sí" o "No" para Responda "No" para las fuen cualquier tipo de seguro, com Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro por veteranos (VA) Servicios mé Seguro médico proporcionad	po por un sente dicos o por el em	eguro te de s han car cción so	No  Geguro  ncelad  ombres	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí On Mo	spera que su di ida o que afect  No No No No No No No No	scapacidad se e sustancialm forma indepe No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie esé iero no resp uente que se si el cliente se	ero no responde	er e	
_	Si el cliente selecciona 'Sí' pa continuación.  Tipo de discapacidad  Abuso de Alcohol Abuso de Drogas Discapacidad del Desarrollo VIH / SIDA Problema de salud mental Discapacidad física Condición de salud crónica  Actualmente está cubierto édico?  Responda "Sí" o "No" para Responda "No" para las fuen cualquier tipo de seguro, com Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro p Veteranos (VA) Servicios mé	cada fuentes que se applete la sera dicos o por el emayes de CO	eguro te de s han car cción so	No  Geguro  ncelad  ombres	apacidad,  ¿Se e indefini  Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí On Mo	spera que su di ida o que afect  No No No No No No No No	scapacidad se e sustancialm forma indepe No sé	ea a largo pla ente su capa ndiente? Prefie Prefie Prefie Prefie Prefie esé iero no resp uente que se si el cliente se	ero no responde	er e	

Estatal para adultos								
Programa de servicios de salu	d para indígen	as						
Otro (especifique):								
¿De niño estuvo alguna vez estado? o lo está ahora? (Fo		del	] Sí ] No		No sé Prefierd	no respon	der	
Si, SÍ número de años:								
☐ Menos de 1 año→Ingre	se el número d	e meses:	☐ 1 - 2 años	□ 3-5	o más añ	ios 🗆 Pr	efiero no re	esponder
Si, SÍ cuánto tiempo hace ¿S	Salio de Foste	r Care?						
☐ 90 días ☐	6 meses	□ 9 me		□ 12 n			ás de 12 m	ieses
A partir de la fecha de hoy, ¿Tiene entre 14 a 25 años (todavía no cumple los26años)?*  UNICAMENTE si tiene entre 14 a 25 años (contestó "Sí" arriba), ¿Ha vivido alguna de las siguientes experiencias?*  ¿Es usted víctima / sobreviviente de violencia doméstica?  Servicios en el hogar para su familia (del DHHS)  Trata de personas sin hogar  Trata de personas  Prefiero no responder  N/A, no tengo experiencia con ninguno de estos  No Sé  No Prefiero no responder								on
		110				- 110 100poi		
Si, Si ¿cuándo ocurrió la exp		☐ Hace tree	a seis meses			De siete a do	co mosos l	1200
más de un año El		cliente no						тасе
↓Si, Sĺ, ¿el cliente está huye	ndo ootuolmo		sape			Prefiero no re	sponder	
Sí	∏ No		nto no cobo		l oliopto so	nogá 🗖 I	Datas no re	
Orientación sexual			nte no sabe		l cliente se		Datos no re isexual	copilados
	Heterosexu   Otro	☐ Cue	stionamiento Seguro		₋esbiana No lo sé	☐ Pi	refiero no esponder	
¿Actualmente está embaraza		☐ Sí	☐ No		No sé		Prefiero no	)
esperando un hijo? (Madre d	•				<u> </u>	C	ontestar	
Si está embarazada, ¿fecha nacimiento proyectada?	a de		/			1		
¿Cuál es su nivel Sin Ssc más alto de grac educación 5° g	escolaridad c uela de párvu lo rado o 6° gra rado u 8° gra	llos - 4°	9° grado 10° grado 11° grado 12° grado, sin Diploma de co		Esc	uela [ undaria sé [	Escuela postsed Prefierd respond	a cundaria o no
	a al la avar							
SECCIÓN I-b : Adulto # 2 er Nombre:		ombre de medio	D:	A	pellido:			
Doncella/Alias:	S	ufijo (Jr., III):	Nombre pre	eferido:				
Correo electrónico:	Teléfo	no:		F	echa de N	acimiento:		
Cuatro números de social:							ero no res	ponder
Género:		mbra (MTF o F sculino (FTM o		mbra) □ □	exclusiva femenino No sé	No Conform amente mas b) no responde	culino o	
Riez (selección de 2):	☐ Asiático ☐ Negro o A ☐ Blanco	ricano o Nativ froamericano	o de Alaska		Pacífico No sé Prefiero	e Hawái u o no respond		;
Etnicidad:	∭ No Hispar ∭ Hispano /	no / No Latino Latino			No sé Prefiero	no responde	er	
Veterano militar de EE. UU:	∏Sí		□No	Γ	No sé	Prefier	o no resp	onder
¿Tiene una condición que lo incapacita?		□ Sí	□No	[	No sé		o no resp	

	La respuesta es 'Sí' o 'No' para es Si el cliente selecciona 'Sí' para cu continuación.					e comple	tar las secci	ones som	breadas a	
-	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?						
ŀ	Abuso de Alcohol			□Sí	□ No		o sé		ero no resp	onder
	Abuso de Drogas			□Sí	□ No	□N	o sé		ero no resp	
Ī	Discapacidad del Desarrollo			□Sí	□ No	□N	o sé		ero no resp	
	VIH / SIDA			□Sí	□ No	□N	o sé	□ Prefie	ero no resp	onder
	Problema de salud mental			□Sí	□ No	□N	o sé	□ Prefie	ero no resp	onder
	Discapacidad física			□Sí	□ No	□N	o sé	☐ Prefie	ero no resp	onder
	Condición de salud crónica			□Sí	□ No	□N	o sé	□ Prefie	ero no resp	onder
	Actualmente está cubierto por	un segi	ıro	∏Sí			☐ No sé			
me	médico?  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		N	0
	Medicaid							•		]
ļ	Medicare									
-	Programa estatal de seguro para Veteranos (VA) Servicios médicos									<u>]</u>
-	Seguro médico proporcionado por		ador						<u> </u>	<u>]</u> 1
ŀ	Seguro médico obtenido a través								_	<u></u>
-	Seguropago privado Seguro médi									<u>-</u> 1
Ī	Estatal para adultos									1
	Programa de servicios de salud pa	ara indíg	enas							
	Otro (especifique):									
	De niño estuvo alguna vez en c tado? o lo está ahora? (Fostei		del	☐ Sí ☐ No			No sé Prefiero r	no respor	nder	
	Si, SÍ número de años:									
	☐ Menos de 1 año→Ingrese	el númer	o de mes	-	1 - 2 años	□ 3 - año	5 o más os		Prefiero no esponder	
	Si, SÍ cuánto tiempo hace ¿Salid	o de Fos	ter Care?	?						
	□ 90 días □ 6 r	neses		9 meses		□ 12	meses		Más de 12 i	neses
a 2 UN (co de	partir de la fecha de hoy, ¿Tiene entre 5 años (todavía no cumple los26años) ICAMENTE si tiene entre 14 a 25 años entestó "Sí" arriba), ¿Ha vivido alguna las siguientes experiencias?*	)?* 	familia ( Tutela o Libertad encarce	s en el ho del DHHS adopción l condicion lamiento	•		ninguno d	personas no respor engo exp	3	on
so	is usted víctima / breviviente de violencia oméstica?		Sí No				] No sé ] Prefiero	no respo	nder	
	Si, Si ¿cuándo ocurrió la experi	encia?								
	☐ En los últimos tres meses ☐ más de un año El		=	ace tres a s ente no sab			=		loce meses responder	Hace
Ī	↓Si, Sĺ, ¿el cliente está huyendo	actualn	nente?						•	
	Sí	] No	$\overline{}$	cliente no s	sabe	] El clien	te se negó	☐ Dat	tos no reco	pilados
	Ot			No Segu			∟esbiana No lo sé	☐ P	isexual refiero no esponder	
	Actualmente está embarazada perando un hijo? (Madre o Pa			Sí [	No	1	No sé		Prefiero no ontestar	)
	Si está embarazada, ¿fecha de nacimiento proyectada?			Mes	1	Fecha	1		Año	

¿Cuál es su nivel más alto de educación alcanzado?	completa  Escuela de párvul grado  5° grado o 6° grac  7° grado u 8° grac	☐ 12° grado, lo diploma	sin	Escuela secundaria No sé	postsecundaria Prefiero no responder
SECCIÓN II : Informa	ción dol hogar				
La Relación del Hogar	☐ Mixta ☐ Pareja Sin hijo	y amigo) con hijo (s)s) custodia (s) rianza (s)	☐ Solte ☐ Sola	lre Padre ero Padre Varó a Persona Padres Familia os	
Estado de Vivienda	perder la vivie Categoría 3 - estatuas	en situación de riesgo i		hogar De mane No sé	o de quedarse sin ra estable alojado no responder
Código postal de la úl	tima dirección perma	nente			
Incluyéndose a usted			s de 18		
años) hay en su hogai	r:				
¿Cuántos NIÑOS (pers		años) hay en su hoga	r? Ingrese 0		
si no viven niños con ¿Alguno de sus hijos		☐ Si, cuantos		I No sé	
discapacidad? *	dene alguna	□ Oi, cuantos			o no responder
¿Tiene la custodia tota	al de sus hijos?	□ Si		□ No sé	'
	·	□No		Prefier	o no responder
Tiene un caso abierto		□Si		☐ No sé	
Servicios de Protecció	on Infantil / DHHS?	□No		Prefier	o no responder
SECCIÓN III: Solicitu					
Se le pedirá que proporo tráiganos con usted si pe facturas médicas impaga	uede. Los ejemplos incl	uyen: avisos de cierre d	e empresas de	servicios públi	cos, avisos de desalojo
	ad más urgente? ¿Apı		-		
☐ Vida Diaria (Re☐ Dentista☐ Educación☐ Empleo☐ Finanzas	ardería Asistencia opa, higiene, más) bilidades para la Vida	Explique su necesion con información de		ayor detalle co	mo sea posible
Salud Física Por uso de sus De apoyo Rela Transporte Servicios públi Otros:	aciones				
Salud Física Por uso de sus De apoyo Rela Transporte Servicios públi	aciones icos				
Salud Física Por uso de sus De apoyo Rela Transporte Servicios públi	icos viar el pago?	ntacto:	Teléfol	no:	

	ctado financiera <u>m</u> en	-								
☐ Sí ☐ No			estoy seguro	Prefi	☐ Prefiero no responder					
Si la respues	Si la respuesta es sí, explique:									
	¿Usted o sus hijos CALIFICAN para Medicaid, Título XX y / o almuerzo gratis o reducido, incluso si no recibe ninguno de ellos?									
Sí	<u> </u>	No	Estoy seguro	☐ Pre	fiero no responder					
¿Hay alguien usted?	que no vive con us	ted con quien podar	mos comunicarnos	si no podemos comu	inicarnos con					
Sí, enumer	e a continuación:	☐ No	☐ Estoy seguro	□ Pre	fiero no responder					
Nombre:			Teléfono:		'					
	usted (por eiemplo, a	migo, padre adoptivo,								
		las que contar cuan	,	uien le dé un buen d	conseio?					
	s? (escriba el número				efiero no responder					
		,	_	, ,	,					
SECCIÓN IV:	Formulario de adm	isión de niños								
	NIÑO # 1	NIÑO # 2	NIÑO # 3	NIÑO # 4	NIÑO # 5					
Apellido										
Nombre										
Últimos 4 dígitos del SSN										
Fecha de nacimiento										
Sexo				☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Trans Mujer ☐ (MTF o Hombre a Mujer) ☐ Hombre Trans ☐ (FTM o Mujer a Hombre) ☐ Género No ☐ Conforme (no exclusivament e hombre o mujer) ☐ No sé ☐ Prefiero no responder						
Etnia	☐ No hispana /no latino ☐ Hispano/ Latino ☐ No sé ☐ Prefiero no responder	☐ No hispano / No latino ☐ Hispano / Latino ☐ No sé ☐ Prefiero no responder	<ul><li>No hispano / No latino</li><li>Hispano / Latino</li><li>No sé</li><li>Prefiero no responder</li></ul>	☐ No hispano / No latino ☐ Hispano / Latino ☐ No sé ☐ Prefiero no responder	☐ No hispano / No latino ☐ Hispano / Latino ☐ No sé ☐ Prefiero no responder					

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

Seguro de salud (marque todo lo que corresponda si se marca SÍ en la pregunta "Cubierto por seguro")  Seguro de Medicaid Neticaid Servicean's Affairs Jefe de familia cOBRA Pago privado Servicios de salud para indígenas indígenas Otros:	emplea Jefe de COBR Pago p Servici salud p indíger Otros	n's e familia ador e familia A orivado os de oara nas	Me CH Ve Aff Jef em CC Pa Se sal ind	teran's airs fe de fai pleadoi fe de fai BRA go priva rvicios o ud para ígenas tros:	milia	edicaid edicare HIP eteran's fairs fe de familia npleador fe de familia DBRA ago privado ervicios de lud para dígenas	Medicaid Medicare CHIP Veteran's Affairs Jefe de famil empleador Jefe de famil COBRA Pago privado Servicios de salud para indígenas Otros:	lia o
OPCIONAL - Sección V: Informaci					l quidada d	niñoo		
Esta sección SOLO debe complet Nombre del proveedor de	arse si ne	ecesita as	isterici	a para e		edio semana	l do	
cuidado de niños:					cuidado de		ii de	
teléfono del proveedor de						promedio de	)	
cuidado de niños:					horas por s	emana que s		
Dirección del proveedor de					` '	cuidado de		
niños:					niños:			
SECCIÓN VI: Información de ingre	esos y ga							
		Р	articipa	inte / C	liente	ļ ,	Adulto # 2	
Empleador								
salario por hora								
Horas de trabajo por semana								
¿Está sin trabajo debido a COVID	-19?	∏ Sí □ No	님	No lo Prefie		∏ Sí □ No	☐ No lo sé☐ Prefiero no	
			Ш	conte			contestar	
¿Ha solicitado desempleo?		☐ Sí		No lo		□ Sí	No lo sé	
		∏ No		Prefie	ro no	│	Prefiero no	
				conte	star		contestar	
Fuente de ingreso	os		Sí	No	caso afir	mativo, canti fuent	dad mensual de l	la
Ingresos del trabajo (del trabajo)					\$	100110		
Desempleo					\$			
SSI - Seguridad de ingreso supleme	ntaria				\$			
SSDI - Incapacidad del Seguro Soci		S			\$			
VA discapacidad relacionada Compo	ensación				\$			
VA no relacionada con el servicio Pe	ensión de				\$			
Incapacidad								
privada Seguro de Incapacidad					\$			
Compensación del Trabajador					\$			
TANF - Asistencia temporal para Fa	milias Nec	esitadas			\$			
Asistencia General (AG)					\$			
SSA - Seguridad Social	robele == 1	orio-			\$			
Pensiones / jubilación Ingresos del t	rabajo ant	erior			\$			
Manutención de menores	ián dal s <del>í</del>	nvula s			\$			
Pensión alimenticia u otra manuteno	ion del co	nyuge			\$			
Contribuciones de otras personas  Ayuda para el cuidado de dependier	ntes (ADC	`			\$			
Otro (especifique):	IIGS (ADC	)			\$			
INGRESO MENSILAL TO	TAL DE	TODACI	AC ELLE	NITES	φ   <b>¢</b>			

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

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

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

#### 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. Acepto que se comparta mi información para la evaluación a No continuación: 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 Firma del participante: Fecha: CV'][ Utcf]c'g]'YflUL'cjYb'HYbY'% 'U cg'XY'YXUX' Fecha: c'Yg'a Ybcf'!: ]fa U'XY'dUXfY'c'W glcX]c"Y[ U Para cada uno de los siguientes puntos, marque la respuesta que más se asemeje a cómo se siente. C. Α. B. D. N/A MUY SÓLO NO SE NO SE **ALGO** NO TENGO **CONEXIONES SOCIALES PARECE VISTO** COMO MI COMO MI COMO **HIJOS MI VIDA EN MI VIDA EN MI VIDA** VIDA **VIDA** Tengo personas que creen en mi. 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 alquien en quien confío El estrés, la ansiedad y / o depresión Dinero / Facturas / Presupuestarias Tengo personas en las que confío para pedir consejo Relaciones y / o mi vida amorosa Crianza / Mis hijos (si es aplicable) sobre (marque todo lo que Alimentos / Nutrición Ninguna de las anteriores corresponda) B. C. A. D. E. NO SE **ALGO** SÓLO NO SE MUY **APOYO CONCRETO** сомо мі COMO **PARECE VISTO** COMO MI **EN MI VIDA MI VIDA EN MI VIDA VIDA VIDA** Puede cubrir todos mis gastos el mes pasado (los gastos incluyen gastos como alquiler, facturas de servicios públicos, comida, transporte, cuidado de niños y gastos médicos) 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. (Si no tiene hijos. responda solo por usted mismo) Durante los últimos tres meses, encontré un trabajo y / o trabajé cuando necesitaba

NMIS#:



#### **Community Response and Homeless Management Information System** (HMIS) Services Consumers Informed Consent & Release of Information **Authorization**

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
   los veteranos de estado
- VI-SPD AT

- Residencia antes de la entrada al proyecto
   Condición incapacitante
- Número de seguro social
- Etnia y raza
- Ubicación del cliente
- Servicios prestados

- 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. 0 No doy mi consentimiento para la inclusión de información personal en el NMIS sobre mí y mis dependientes. Nombre del Fecha Participante Firma del participante / cliente Nombre del #2 Fecha Participante Firma del participante / cliente # 2 Testigo Nombre del Testigo Cargo Cargo del Testigo Firma Del Testigo Fecha La agencia de referencia y / o el Navegador central de referencia debe completar la información Agencia de referencia: complete lo siguiente antes de enviar este formulario al Navegador central: Nombre de la agencia de referencia: Contacto Número de teléfono: Nombre del miembro del personal de referencia: Dirección de correo electrónico de contacto:

NMIS#: