

Formulario De Admisión Y Pantalla De Navegación Central

Actualizado 03/27/25

Información personal		
Nombre de pila:	Apellido:	Segundo nombre:
Dirección particular: (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha de hoy:
Raza/Etnia <input type="checkbox"/> Nativo americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Medio Oriente/Norte de África <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo	Asistencia al navegador: <input type="checkbox"/> Destiny <input type="checkbox"/> Liv <input type="checkbox"/> Zayra <input type="checkbox"/> Erin <input type="checkbox"/> Josh <input type="checkbox"/> Otro: _____

Información del contacto:	
Teléfono #:	
Correo electrónico:	

Pantalla de situación	
<u>¿Cómo se enteró de nosotros? (Sólo seleccione uno)</u> <input type="checkbox"/> Médico/proveedor médico <input type="checkbox"/> Terapeuta/Proveedor de salud mental <input type="checkbox"/> Administrador de Casos - Bienestar <input type="checkbox"/> Administrador de casos: Medicaid/seguros <input type="checkbox"/> Administrador de casos: SNAP/otros beneficios económicos <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet <input type="checkbox"/> Miembro de la familia/amigo <input type="checkbox"/> Maestro/Personal Escolar <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Abogado/Servicios Legales <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios sociales sin fines de lucro/Iglesia	<u>¿Cuál es su necesidad MÁS urgente? (Marque TODOS los que correspondan)</u> <input type="checkbox"/> Vida Diaria (Ropa, higiene, teléfono) <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Finanzas <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Habilidades generales para la vida <input type="checkbox"/> Alojamiento <input type="checkbox"/> Ayuda Legal <input type="checkbox"/> Salud Mental (terapeuta/psicólogo) <input type="checkbox"/> Asistencia para padres <input type="checkbox"/> Salud Física <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Otro _____

Actualizado 14/03/25

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS DE NAVEGACIÓN

Pantalla de situación Continuación	¡ESTA COLUMNA ES SÓLO PARA ADMINISTRADORES DE CASOS!	
¿Tiene estatus legal en los EE. UU.?	SI NO Prefiero no contestar	
¿Es usted un joven desconectado de entre 16 y 24 años? (cuidado de crianza actual/pasado, jóvenes sin hogar, jóvenes que no trabajan o están en la escuela)	SÍ NO	
¿Está actualmente empleado?	SÍ NO	
Si contestó NO a lo anterior, ¿ha solicitado desempleo?	SÍ NO	Estado:
¿Está usted sin hogar, en riesgo de quedarse sin hogar o lidiando con inseguridad de vivienda?	SÍ NO	Explicar:
¿Recibe apoyo/asistencia de otras agencias/iglesias/amigos, etc. en el área?	SÍ NO	TAPA- en- CSS- Iglesias-
¿Ha solicitado alguna ayuda estatal a través de programas de ACCESS NEBRASKA como: >>	SÍ NO	Subsidio para cuidado de niños/Título XX- Cupones para Alimentos (SNAP)- ADC- Empleo Servicios- Servicios de comida- Vale de vivienda/Sección 8- Seguro de enfermedad- LIHEAP- WIC-

Familia	
Número de adultos en el hogar : _____	
Número de niños MENORES de 19 años en el hogar: _____	
Tamaño total de la familia: _____	
¿Cuánto tiempo ha vivido en su hogar actual? _____ Alquiler / Propio	
¿Estás actualmente esperando un hijo o estás embarazada? (Madre/Padre) SI/NO	
Nombres de Niños MENORES de 19 años en el Hogar:	Fecha de nacimiento y edad de los niños: (Ex 05/01/2022- 3 años)
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS DE NAVEGACIÓN

Conexión al sistema de prevención. Marque solo una casilla por pregunta.						
Preguntas y escala de calificación: responda las siguientes preguntas con la siguiente escala.	Totalmente en desacuerdo (NO)	Mayormente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Totalmente de acuerdo (Sí)
Sé a dónde acudir para obtener ayuda si mi familia necesita vivienda o asistencia con los servicios públicos.						
Sé a dónde acudir en busca de ayuda si mi familia necesita comida.						
Sé a dónde acudir en busca de ayuda si mi familia tiene problemas para llegar a fin de mes.						
Si necesito ayuda para encontrar trabajo, sé a dónde acudir para obtener ayuda.						
Sé a dónde acudir para obtener ayuda para encontrar atención médica y dental de calidad (acceso a recetas médicas, seguro médico)						
Sé a dónde acudir para obtener ayuda si mi familia necesita transporte.						
Tengo a alguien en mi vida que me da consejos, incluso cuando son difíciles de escuchar.						
Cuando intento alcanzar una meta, sé a dónde acudir en busca de apoyo.						
Si hay una crisis, tengo a alguien con quien puedo hablar.						

Descripción general de la situación financiera

- A veces no puedo/podemos comprar las cosas que necesito/necesitamos.
- Tengo/tenemos suficiente dinero para las cosas que necesito.
- No tengo/nosotros no tenemos problema en comprar las cosas que necesito y a veces también puedo comprar cosas especiales.
- Tengo/tenemos suficiente dinero para comprar casi cualquier cosa que queramos.
- Prefiero no responder

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS DE NAVEGACIÓN

Soportes de concreto Marque solo una casilla por pregunta						
Preguntas y escala de calificación: responda las siguientes preguntas con la siguiente escala.	Totaimente en desacuerdo (NO)	Mayormente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Totalmente de acuerdo (Sí)
En los últimos 30 días, a mi familia le resultó fácil acceder a alimentos sanos y nutritivos.						
En los últimos 30 días, fue fácil para mi familia acceder a una vivienda aceptable que satisfaga las necesidades de mi familia.						
En los últimos 30 días, a mi familia le resultó fácil acceder a los servicios básicos (calefacción, electricidad, agua).						
En los últimos 30 días, fue fácil para mi familia acceder a atención médica y dental de calidad (acceso a recetas médicas, seguro médico asequible).						
En los últimos 30 días, fue fácil para mi familia acceder al transporte para ir al trabajo, la escuela, las citas y otras actividades.						
En los últimos 30 días, mi familia se ha sentido segura en mi barrio.						

Información del seguro (Por favor circule uno)			
¿Usted o un miembro de su familia recibe actualmente Medicaid?	SÍ	NO	INSEGURO
En caso afirmativo ¿Quién es su proveedor?	United Health Care	Molina	Heritage
¿Tiene usted y su familia seguro médico?	SÍ	NO	INSEGURO

No compartiremos su información personal con nadie fuera de Bring Up Nebraska sin su permiso. Los datos a nivel de grupo se informarán al equipo de Investigación y Evaluación de la Fundación para Niños y Familias de Nebraska [NCFE]. Esto incluye cosas como la edad y raza/etnia de las personas que se conectan con recursos y apoyo a través de Bring Up Nebraska. No se compartirá públicamente ninguna información específica sobre usted o su familia. Su información puede compartirse con nuestros socios si se le remite a ellos, pero solo con su permiso. Puedes cambiar quién puede ver tus datos en cualquier momento utilizando la plataforma Find Help®. Cualquier información que ya haya compartido permanecerá compartida, pero no se compartirá información nueva con ese socio. Nos gustaría compartir su información con el equipo de Investigación y Evaluación de la Nebraska Children and Families Foundation y sus socios de evaluación externos. Están tratando de comprender cómo el trabajo de Bring Up Nebraska y sus socios ayuda a las familias. También quieren ayudar a Bring Up Nebraska a servir mejor a las familias. NO verán información que pueda identificarlo, como su nombre, dirección y fecha de nacimiento. Recibirán información sobre los servicios que recibieron las familias y cómo esos servicios ayudaron a las familias. También es posible que se comuniquen con usted y le hagan preguntas sobre su experiencia con Bring Up Nebraska.

¿Nos da permiso para brindarle información al Equipo de Evaluación e Investigación de la Fundación para Niños y Familias de Nebraska y a sus socios de evaluación externos? SÍ NO

Firma de los participantes Firma Fecha

Firma del tutor para participar Firma Fecha



FECHA DE HOY: _____

Información sobre ingresos y gastos del hogar		
	Participante/Jefe de Hogar	Adulto #2
Empleador		
Salario por hora		
Horas de trabajo por semana		
Enumere los adultos adicionales que viven en el hogar		Ingreso mensual para otros adultos
		\$
		\$
		\$

Fuente de ingresos	Sí	No	En caso afirmativo, monto mensual de la fuente:
Ingreso del trabajo (del empleo)			\$
Desempleo			\$
SSI - Ingreso de seguridad suplementario			\$
SSDI - Ingreso por discapacidad del Seguro Social			\$
Compensación por discapacidad relacionada con el servicio VA			\$
Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA			\$
Seguro privado de invalidez			\$
Compensación laboral			\$
TANF - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas			\$
Asistencia General (GA)			\$
SSA - Seguridad Social			\$
Ingresos de pensión/jubilación de un trabajo anterior			\$
Manutención infantil			\$
Pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge			\$
Contribuciones de otras personas			\$
Ayuda al Cuidado de Dependientes (ADC)			\$
Otros (especifique):			\$
INGRESOS MENSUALES TOTALES DE TODAS LAS FUENTES:			\$

BENEFICIOS PÚBLICOS: ¿Tiene algún beneficio no monetario de alguna fuente?

Fuente de beneficio público	Sí	No	En caso afirmativo, monto mensual de la fuente
Vale de vivienda/Sección 8			\$
LIHEAP - Programa de energía para hogares de bajos ingresos			\$
SNAP- Programa de asistencia nutricional suplementaria			\$
WIC - Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños			\$
Servicios de cuidado infantil TANF			\$
Servicios de transporte TANF			\$
Otros servicios financiados por TANF			\$
Otros (especifique):			\$
BENEFICIO TOTAL NO EFECTIVO:			\$

Gastos de vida mensuales actuales

Categoría de gastos	cantidad de Gastos	Categoría de gastos	cantidad de Gastos
AHORROS		FAMILIA	
Plan de emergencia		Seguro de vida	
ALOJAMIENTO		cuidado de niños	
Alquiler/hipoteca		Asignación/dinero para gastos	
Segunda hipoteca/espacio para casa móvil		Pensión alimenticia/manutención infantil	
Impuesto sobre la propiedad		EDUCACIÓN	
Inquilinos/Propietarios de viviendas		Matrícula/gastos escolares	
Muebles para el hogar (ej. alquiler con opción a compra)		Música u otras lecciones	
Reparaciones y mejoras		Préstamos para estudiantes	
UTILIDADES		ENTRETENIMIENTO	
Electricidad/Agua		Alquiler de películas/Netflix	
Gas		salir a cenar	
Basura		Deportes/Aficiones	
ALIMENTO		Vacaciones	
Comestibles		Lotería/Apuestas	
Comida comprada en el trabajo			
Almuerzos Escolares		PERSONAL	
TRANSPORTE		Corte de cabello/Uñas	

Pago del automóvil n.º 1		Artículos de tocador/cosméticos	
Pago del automóvil n.º 2		Tabaco/Alcohol/Drogas	
Gasolina		SERVICIOS PAQUETADOS	
Seguro de automóvil		Teléfono	
Mantenimiento/Llantas		Cable/Satélite	
Aparcamiento/Compartir coche		Internet	
ROPA		MISC	
Para la familia		Cuidado de mascotas	
Lavadero		Otras deudas/embargos	
CUIDADO DE LA SALUD			
Seguro médico**		GASTOS TOTALES	
Médico/Dentista/Cuidado de los ojos		INGRESOS TOTALES	
Recetas			
Otro		INGRESOS MENSUALES NETOS	

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

INSTRUCCIONES: Todas las partes de la Encuesta de información del participante deben completarse al comienzo de la participación en Community Response o Connected Youth Initiative. El formulario se puede completar con la ayuda de un Navegador Central u otro proveedor de servicios, si es necesario.

Acepto que mi información se comparta para la siguiente evaluación:

Sí No

Como parte de la evaluación de Community Response y Connected Youth Initiative, sus datos se compartirán con Nebraska Children y sus evaluadores del Instituto Munroe-Meyer. Su nombre no se incluirá en ninguna 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:

Para cada una de las siguientes, marque la respuesta que más se acerque a cómo se siente.

CONEXIONES SOCIALES	A. NO EN TODOS COMO MI VIDA	B. NO MUY COMO MI VIDA	DO. ALGO COMO MI VIDA	D. bastante LOTE COMO MI VIDA	Y. COMO MI VIDA	N / A YO NO TENER NIÑOS
Tengo gente que cree en mí.						
Tengo a alguien en mi vida que me da consejos, incluso cuando son difíciles de escuchar.						
Cuando intento trabajar para lograr una meta, tengo amigos que me apoyan.						
Cuando necesito que alguien cuide a mis hijos en poco tiempo, puedo encontrar a alguien en quien confío						
<p>Tengo personas en las que confío para pedirles consejo (marque todo lo que corresponda)</p> <p> <input type="checkbox"/> Dinero/facturas/presupuesto <input type="checkbox"/> Estrés, ansiedad y/o depresión <input type="checkbox"/> Relaciones y/o mi vida amorosa <input type="checkbox"/> Crianza/Mis hijos (si corresponde) <input type="checkbox"/> Alimentación/Nutrición <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores </p>						

SOPORTES DE HORMIGÓN	A. NO EN TODOS COMO MI VIDA	B. NO MUY COMO MI VIDA	DO. ALGO COMO MI VIDA	D. bastante LOTE COMO MI VIDA	Y. COMO MI VIDA
Pude cubrir todos mis gastos el mes pasado. <i>(los gastos incluyen costos como alquiler, facturas de servicios públicos, comida, transporte, cuidado infantil y gastos médicos)</i>					
El transporte que utilizo es confiable y consistente.					
Mi situación de vivienda es asequible, segura y estable.					
Durante los últimos tres meses, mis hijos y yo pudimos ver a un médico cuando lo necesitábamos. <i>(Si no tienes hijos, responde solo por ti mismo)</i>					
Durante los últimos tres meses, encontré un trabajo y/o trabajé cuando lo necesitaba.					

Yo, _____ entiendo 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, mejorar la prestación de servicios y evaluar la eficacia de los servicios prestados. La participación en la recopilación de datos es un componente crítico de la capacidad de nuestra comunidad para brindar los servicios y viviendas más efectivos 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 que está autorizada a 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 agencia HMIS podrán usarla para:

- Producir un perfil de cliente en la admisión que se compartirá con las agencias colaboradoras.
- Producir informes a nivel agregado sobre el uso de los servicios.
- Seguimiento de los resultados individuales a nivel de programa
- Identificar necesidades de servicios no cubiertas y planificar mejoras.
- Asignar recursos entre las agencias dedicadas a los servicios.
- Compartir información de la evaluación CR/CYI

Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

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

La información podrá consistir en los siguientes PPI (Información Personal Protegida):

- Información de vivienda ● Residencia previa al ingreso al proyecto ● Condición de inhabilitación ● Nombre ● Género
- Historia de las personas sin hogar ● Fecha de nacimiento ● Número de seguro social ● Foto (si corresponde) ● Composición familiar ● Etnicidad y raza ● Violencia Doméstica ● Estado del seguro médico ● Ubicación del cliente ● Entrada y salida del programa ● Ingresos/No monetarios ● Estado de veterano ● Evaluaciones ● VI-SPD AT ● Servicios prestados

Entiendo eso:

- ✓ Las agencias asociadas han firmado acuerdos para tratar mi información de manera profesional y confidencial. Tengo derecho a ver las políticas de confidencialidad del cliente utilizadas por las agencias asociadas de HMIS.
- ✓ Los miembros del personal de las agencias asociadas que verán mi información han firmado acuerdos para mantener la confidencialidad de mi información.
- ✓ La divulgación de mi información no garantiza que recibiré asistencia; Mi negativa a autorizar el uso de mi información no me descalifica para recibir asistencia.
- ✓ Mis registros están protegidos por 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 las regulaciones dispongan lo contrario.
- ✓ Esta autorización permanecerá vigente 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.
- ✓ Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
- ✓ Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- ✓ Entiendo que United Ways of South Central Nebraska Response System, 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 a si firmo o no esta autorización. Una copia de esta autorización será tan válida como el original.

RESPUESTA COMUNITARIA/INICIATIVA DE JÓVENES CONECTADOS - FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PARTICIPANTES – 8/2024 4

Agencias asociadas: se puede ver una lista de las agencias asociadas dentro del Sistema de información de administración 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 HMIS si los servicios recibidos son financiados por su departamento.

Por favor ponga 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 se 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

Nombre del testigo

Título del puesto de testigo

Firma del testigo

Fecha

Información a ser completada por la agencia de referencia y/o Navegador Central	
Agencia de referencia: complete lo siguiente antes de enviar este formulario al Navegador Central:	
Nombre de la agencia de referencia:	
Número de teléfono de contacto:	
Nombre del miembro del personal de referencia:	
Dirección de correo electrónico de contacto:	

NMIS#