

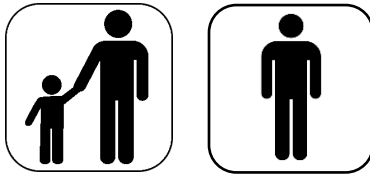
# CENTRAL NAVIGATION DATA PACKET FOR ALL CR AND CYI PARTICIPANTS

## INSTRUCTIONS FOR STAFF

This packet has three core data collection instruments that are the same across Community Response (CR) and the Connected Youth Initiative (CYI), specifically: 1) the *CR/CYI Participant Information Form (with consent)*; 2) the *CR/CYI Participant Information Survey*; and 3) the *CR/CYI Support Services Application Form*. Instructions for collecting, entering, and submitting data for the first section of this packet is below.

*\*This packet also contains the CR Coaching Survey and Satisfaction Survey, to be used only with CR Coaching participants.*

### Who? When? How? CR/CYI Core Data Collection, Entry, and Submission Overview



Someone wants to participate in Community Response or the Connected Youth Initiative. They can be a parent/caregiver, unconnected young adult, or both. Staff asks participant to complete two data collection instruments **upon enrollment**:

- 1) *CR/CYI Participant Information Form (with consent)*
- 2) *CR/CYI Participant Information Survey*

Parent/caregiver and/or young adult chooses to participate in programming and services for which they are eligible  
 ➤ **See NOTE below**  
**IF** they request support services funding, they complete the following data collection instrument:



- 3) *CR/CYI Support Services Fund Application Form*



Staff collect all data collection instruments as they are completed and submit to central navigator in their community **every month**.



Central Navigator enters and submits all data collection instruments **by the 15<sup>th</sup> of each month for the previous month's data** (ex: data for May is due on June 15). Data are submitted in the following ways:

Instrument	Submission Method
<i>CR/CYI Participant Information Form (with consent)</i>	Central Navigator enters hard copy data into their community's electronic data system (Quick Base, Clarity, or Child Plus)
<i>CR/CYI Participant Information Survey</i>	Central Navigator keeps a copy of <b>ALL CONSENT FORMS ON FILE</b> , securely stored; however, these do not need to be scanned and uploaded
<i>CR/CYI Support Services Fund Application Form</i>	

**NOTE:** Additional data collection instruments and systems exist for other parts of CR and CYI that do not overlap (for example, the CR Coaching Survey). Refer to *CWB/CYI Data Cheat Sheet* for a complete list of all data collection instruments used with their accompanying data systems.

**That's it! You can now extract data from your system to review and discuss.**

# CR/CYI PARTICIPANT INFORMATION FORM

Today's Date: \* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**If you are needing emergency assistance, please contact 911. If you are interested in non-emergency assistance please text "HELP" to 402-226-5842 or 308-280-8383 to be connected with someone in your local area.**

Your Preferred Name: \_\_\_\_\_

Your Pronoun(s): \_\_\_\_\_

## 1) How can we help?

What is your most urgent need? Check all that apply

<input type="checkbox"/> Daily living (tel., clothes, hygiene)	<input type="checkbox"/> Finances	<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/> Supportive Relationships
<input type="checkbox"/> Dentist	<input type="checkbox"/> General Life Skills	<input type="checkbox"/> Parenting Assistance	<input type="checkbox"/> Transportation
<input type="checkbox"/> Education	<input type="checkbox"/> Housing	<input type="checkbox"/> Physical Health	<input type="checkbox"/> Utilities
<input type="checkbox"/> Employment	<input type="checkbox"/> Legal Help	<input type="checkbox"/> Substance Use	Other: _____

Is there anything else you need us to know?

## 2) Current services and supports

I am **currently** receiving the following services and supports... (check all that apply)

<input type="checkbox"/> Education Services (e.g. ETV, GED, tutoring)	<input type="checkbox"/> Legal Services	<input type="checkbox"/> Transportation Services (e.g. IntelliRide)
<input type="checkbox"/> Employment Services	<input type="checkbox"/> Medical Services	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Food Services (e.g. local pantries)	<input type="checkbox"/> Mental Health Services	<input type="checkbox"/> NA/None
<input type="checkbox"/> Housing Services	<input type="checkbox"/> Substance Use Services	<input type="checkbox"/> Prefer Not to Answer

I am **currently** receiving the following types of public assistance... (check all that apply)

<input type="checkbox"/> Aid to Dependent Children/TANF	<input type="checkbox"/> Housing Voucher/Section 8	<input type="checkbox"/> Utilities Assist./LIHEAP	<input type="checkbox"/> NA/None
<input type="checkbox"/> Childcare Subsidy/Title XX	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Prefer Not to Answer
<input type="checkbox"/> Food Stamps (SNAP)	<input type="checkbox"/> Unemployment	<input type="checkbox"/> Other	

## 3) A few questions about you...

Full LEGAL Name (first, middle, last)*		Phone Number		Email Address		Birth Date*	
Current/Mailing Address		City	State	County*	Zip code		
Is there someone who <b>doesn't live with you</b> we can contact if we can't reach you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If <b>yes</b> , please list the person's: Name: _____ Phone Number: _____ Relationship to you (ex: friend, foster parent): _____					
What is your gender?*							
<input type="checkbox"/> Woman <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Another Gender: _____ <input type="checkbox"/> Prefer not to say							
What is your race/ethnicity? (check all that apply)*							
<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Another race/ethnicity: _____ <input type="checkbox"/> Prefer not to say							
Do you or your children <b>QUALIFY</b> for Medicaid, Title XX, and/or free and reduced lunch, even if you don't receive any of them?*				Do you have a disability?*			
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Unsure <input type="checkbox"/> Prefer not to say				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefer Not to Say			
Do you have enough people to count on when you need someone to give you good advice?*							
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefer Not to Say If yes, how many people? _____ (write in number)							
As of today's date are you between the ages of 14 and 25 (have not yet had your 26 <sup>th</sup> birthday)?* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
<b>ONLY if you are between the ages of 14 and 25</b> (answered "yes" to above), have you experienced any of the following?*							
<input type="checkbox"/> Foster care/state ward/placed outside of the home <input type="checkbox"/> In-home services for your family (from DHHS) <input type="checkbox"/> Guardianship or Adoption <input type="checkbox"/> Probation or Incarceration <input type="checkbox"/> Homelessness <input type="checkbox"/> Human Trafficking <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> N/A, no experience with any of these							
Are you currently pregnant or expecting a child (mother or father)?* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefer Not to Say							
<b>4) A few questions about your household...</b>							
Including yourself, how many ADULTS (people 18+) are in your household?*							
How many CHILDREN (people 17 and younger) are in your household? Enter 0 if no children live with you*							
Do any of your children have a disability?* <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes → If yes, how many? _____ (write in number)							

**5) Authorization to Share Your Information for Evaluation (Consent)\***

I agree to have my information shared for the evaluation. \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

As part of the evaluation of Community Response and the Connected Youth Initiative, your data will be shared with Nebraska Children and their evaluators from Munroe-Meyer Institute. Your name will not be included in any of the information that is provided to the evaluation team. All data is summarized as a group. You can choose not to participate in the evaluation. If you have questions please call Dr. Amanda Prokasky at 402-552-6865

*If you marked YES above, complete the following section*

<b>Name of participant</b>	<b>Participant Signature Date</b>	
<b>Participant Signature</b>		
<b>Required if young person is 18 or younger – Signature of parent or legal guardian</b>	<b>Parent or Legal Guardian Signature Date</b>	
<i>Next Section to be completed by staff witness</i>		
<b>Witness Signature</b>	<b>Staff position of witness</b>	<b>Witness Signature Date</b>

**6) Information to be completed by the referral agency and/or Central Navigator**

**Step 1: Referral agency- please fill in the following before submitting this form to the Central Navigator:**

<b>Referral Agency Name</b>	<b>Referral Staff Member Name</b>
<b>Contact Phone Number</b>	<b>Contact Email Address</b>

**Step 2: Central Navigator – Assign a participant ID number to this participant**


- Has this participant referred into central navigation before? If not, assign them a participant ID number. This is the first two letters of the participant’s first name, first two letters of last name, two digit month of birth, two digit day of birth (ex: Sally Jones DOB 10/16/80 would be SAJO1016)
- IF A RECORD ALREADY EXISTS FOR THIS PARTICIPANT, USE THEIR EXISTING PARTICIPANT ID NUMBER.
- Participant’s ID Number: \_\_\_\_\_

# CR/CYI Participant Information Survey

Today's Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

**For each of the following, mark the response that most closely matches how you feel**

Social Connections	A. Not at all like my life	B. Not much like my life	C. Somewhat like my life	D. Quite a lot like my life	E. Just like my life	Not applicable - I do not have kids						
I have people who believe in me.												
I have someone in my life who gives me advice, even when it's hard to hear.												
When I am trying to work on achieving a goal, I have friends who will support me.												
When I need someone to look after my kids on short notice, I can find someone I trust												
I have people I trust to ask for advice about (check all that apply)												
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">A. ___ Money/Bills/Budgeting</td> <td style="width: 33%;">C. ___ Food/Nutrition</td> <td style="width: 33%;">E. ___ Parenting/My Kids (if applicable)</td> </tr> <tr> <td>B. ___ Relationships and/or My Love Life</td> <td>D. ___ Stress, Anxiety, and/or Depression</td> <td>F. ___ None of the above</td> </tr> </table>							A. ___ Money/Bills/Budgeting	C. ___ Food/Nutrition	E. ___ Parenting/My Kids (if applicable)	B. ___ Relationships and/or My Love Life	D. ___ Stress, Anxiety, and/or Depression	F. ___ None of the above
A. ___ Money/Bills/Budgeting	C. ___ Food/Nutrition	E. ___ Parenting/My Kids (if applicable)										
B. ___ Relationships and/or My Love Life	D. ___ Stress, Anxiety, and/or Depression	F. ___ None of the above										

Concrete Supports	A. Not at all like my life	B. Not much like my life	C. Somewhat like my life	D. Quite a lot like my life	E. Just like my life
I was able to cover all my expenses last month <i>(expenses include costs like rent, utility bills, food, transportation, child care, and medical expenses)</i>					
The transportation I use is reliable and consistent					
My housing situation is affordable, safe, and stable					
Over the past three months, my children and I have been able to see a doctor when we needed to. <i>(If you do not have children, answer for just yourself)</i>					
Over the past three months, I have found a job and/or worked when I needed to					

## FOR CENTRAL NAVIGATOR

### 1) Write Participant's ID number below

- Refer to Section 6 of participant's CR/CYI Participant Information Form.
- Write the **SAME** Participant ID number below.
- Participant's ID Number: \_\_\_\_\_

### 2) Enter this data into your electronic data system (Quick Base, Clarity, or Child Plus)

# CR/CYI FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Fecha\* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Si necesita ayuda de emergencia, favor de llamar al 911. Si usted está interesado en asistencia que no es de emergencia, por favor envíe un mensaje de texto que diga "HELP" al 402-226-5842 o al 308-280-8383 para comunicarse con alguien en su área local.**

Su nombre preferido: \_\_\_\_\_ Your Pronoun(s): \_\_\_\_\_

## 1) ¿Cómo podemos ayudarle?

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

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

¿Hay algo más que necesita que sepamos?

## 2) Servicio y apoyo actual

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

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

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

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

## 3) Algunas preguntas sobre usted...

<b>Nombre completo (Primer y segundo nombre, apellido)*</b>	<b>Número de teléfono</b>	<b>Correo electrónico</b>	<b>Fecha de nacimiento *</b> ___/___/___
<b>Domicilio actual</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Condado*</b>
			<b>Código postal</b>
¿Hay alguien que no viva con usted a quien podamos contactar si no podríamos comunicarnos con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, escriba la información de la persona: Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con usted (ej.: amigo, padre de crianza): _____		
¿Cuál es su género? * <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro género: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			
¿Cuál es su raza/ etnicidad? (marque todas las que apliquen)* <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o African Americano <input type="checkbox"/> Hispano or Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacíficas <input type="checkbox"/> Otra raza/etnicidad: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	Nativo Americano ¿Es parte de una tribu reconocida o Nativo de Alaska? → federalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted o sus hijos CALIFICAN para Medicaid, Subsidio para Cuidado Infantil (Título XX) y/o almuerzo reducido o gratis, incluso si no recibe ninguno de ellos? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	¿Tiene alguna discapacidad? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		
¿Tiene suficientes personas con quien contar cuando necesita de un buen consejo? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir Si es así, ¿Cuántas personas? _____ (Escriba un número)			
A partir de la fecha de hoy, ¿Tiene entre 14 a 25 años (todavía no cumple los 26 años)? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>UNICAMENTE si tiene entre 14 a 25 años (contestó "Sí" arriba), ¿Ha vivido alguna de las siguientes experiencias?*</b>			
<input type="checkbox"/> Cuidado temporal/custodia del estado/ubicado fuera del hogar	<input type="checkbox"/> Servicios en el hogar para su familia (DHHS)	<input type="checkbox"/> Tutela o Adopción	
<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> Falta de vivienda	<input type="checkbox"/> Tráfico de personas	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
<input type="checkbox"/> N/A, no he experimentado ninguna de estas			
Está actualmente embarazada o esperando un hijo? (madre o padre)? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			

## 4) Algunas preguntas sobre su hogar...

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

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

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

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

Estoy de acuerdo en compartir mi información para la evaluación. \_\_\_\_\_SÍ \_\_\_\_\_NO

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

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

Nombre del participante		Fecha de la firma del participante
Firma del participante		
Obligatorio si el(la) joven tiene 18 años de edad o es menor - Firma del padre o custodio legal		Fecha de la firma del padre o custodio legal e
<i>La siguiente información debe ser completada por el personal de trabajo/testigo</i>		
Firma del testigo	Puesto del personal/testigo	Fecha de la firma del testigo

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

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

Nombre de la agencia de referencia	Nombre del personal de referencia
Número de teléfono de contacto	Correo electrónico de contacto

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


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

# CR/CYI Encuesta de Información del Participante

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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

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

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

## PARA EL NAVEGADOR CENTRAL

### 1) Escriba el número de identificación del participante debajo

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

### 2) Agregue estos datos a su sistema electrónico de datos (Quick Base, Clarity o Child Plus).

# CR/CYI SUPPORT SERVICES FUND APPLICATION FORM

Today's Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 1) How can we help?

What is your need? About how much does it cost? Please include as many details as you can.

## 2) Documents needed

You will be asked to provide documentation for certain needs such as rent support or unpaid bills, so bring them with you if you can. Examples include: Shut-off notices from utility companies, eviction notices, unpaid medical bills, estimate of health services.

## 3) A few questions about you

Full LEGAL Name (first, middle, last)

Birth Date

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Phone Number

Email Address (optional)

Current/Mailing Address

City

State

County

Zip code

## 4) Where should we send the payment?

Business name

Business contact person name

Business phone number

Business address (incl. city, state, zip)

## 5) Information to be completed by the Central Navigator\* (Applicants DO NOT fill out this section)

### Payment Information

Date of payment:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Payment method:  Check (check # \_\_\_\_\_)  Gift card  Other:

Housing amount \$	Detailed need (ex: rent, hotel stay)	Employment amount \$	Detailed need (ex: uniform)
Utilities amount \$	Detailed need (ex: electric bill)	Physical/dental health amount \$	Detailed need (ex: copay)
Daily living amount \$	Detailed need (ex: hygiene products, cell phone payment, clothes for self)	Mental health amount \$	Detailed need (ex: copay)
Education amount \$	Detailed need (ex: textbooks, fees)	Parenting amount \$	Detailed need (ex: childcare, diapers, formula, car seat, kids' clothes)
Transportation amount \$	Detailed need (ex: car repairs, license plates)	Other amount \$	Detailed need (ex: storage unit)

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



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

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1) ¿Cómo le podemos ayudar?

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

## 2) Documentos necesarios

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

## 3) Algunas preguntas sobre usted

Nombre completo: (Primer y segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de teléfono

Correo electrónico (opcional)

Dirección de domicilio actual

Ciudad

Estado

Condado y

Código postal

## 4) ¿Dónde podemos mandar su pago?

Nombre del negocio

Nombre del personal a contactar

Número de teléfono del negocio

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

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

### Información del pago

Fecha de pago:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

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



## THE REST OF THIS PACKET IS THE CR COACHING SURVEY AND SATISFACTION SURVEY

- **ONLY** give this part of the packet to **CR PARTICIPANTS WHO ENGAGE IN COACHING**
  - Do not use with CYI participants
  - Do not use with CR Participants who only access Support Services Funds
- **GIVE AT** the anticipated last coaching visit and/or within 30-90 days of enrollment into CR.
- **BEST PRACTICE**: Fill in the grey box at the top of page 1 of the survey for all people at the start of CR participation so that this coaching survey and satisfaction survey can quickly be handed out by staff and completed by CR Participants
- **SUBMIT TO**: Central Navigator uploads hard copy form to community-specific folder on Box.com (no data entry required). If participant takes survey online, no hard copy data submission is needed.

### **THERE IS AN ONLINE SURVEY OPTION!**

**DIRECT PARTICIPANTS HERE IF THEY WANT TO TAKE THE SURVEY  
ON A COMPUTER OR OTHER ELECTRONIC DEVICE:**

**<https://tinyurl.com/CRCoachingSurvey>**

## CR Coaching Survey

Today's Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**INSTRUCTIONS FOR STAFF:** Please ask CR coaching participants to complete this survey at the anticipated last coaching visit (i.e. the end of the current period of Community Response participation) AND/OR within 30-90 days of a family's participation in Community Response. This survey should only be completed for families participating in Community Response and that are receiving coaching (i.e. do not complete for families who have only accessed Support Services Funds).

**Want to take this survey online? Go here: <https://tinyurl.com/CRCoachingSurvey>**

**FOR STAFF PROVIDING THIS SURVEY TO PARTICIPANT:**


1) Write in the participant ID number below. This is the first two letters of the participant's first name, first two letters of last name, two digit month of birth, two digit day of birth (ex: Sally Jones DOB 10/16/80 would be SAJO1016)

➤ Participant's ID Number: \_\_\_\_\_

2) Write in your information:

Agency Name	
Staff Name	
CWB/CYI Community Name	

**For each of the following, mark the response that most closely matches how you feel**

Social Connections	A. Not at all like my life	B. Not much like my life	C. Somewhat like my life	D. Quite a lot like my life	E. Just like my life	Not applicable - I do not have kids						
I have people who believe in me.												
I have someone in my life who gives me advice, even when it's hard to hear.												
When I am trying to work on achieving a goal, I have friends who will support me.												
When I need someone to look after my kids on short notice, I can find someone I trust												
I have people I trust to ask for advice about (check all that apply)												
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">A. ___ Money/Bills/Budgeting</td> <td style="width: 33%;">C. ___ Food/Nutrition</td> <td style="width: 33%;">E. ___ Parenting/My Kids (if applicable)</td> </tr> <tr> <td>B. ___ Relationships and/or My Love Life</td> <td>D. ___ Stress, Anxiety, and/or Depression</td> <td>F. ___ None of the above</td> </tr> </table>							A. ___ Money/Bills/Budgeting	C. ___ Food/Nutrition	E. ___ Parenting/My Kids (if applicable)	B. ___ Relationships and/or My Love Life	D. ___ Stress, Anxiety, and/or Depression	F. ___ None of the above
A. ___ Money/Bills/Budgeting	C. ___ Food/Nutrition	E. ___ Parenting/My Kids (if applicable)										
B. ___ Relationships and/or My Love Life	D. ___ Stress, Anxiety, and/or Depression	F. ___ None of the above										

Concrete Supports	A. Not at all like my life	B. Not much like my life	C. Somewhat like my life	D. Quite a lot like my life	E. Just like my life
I was able to cover all my expenses last month ( <i>expenses include costs like rent, utility bills, food, transportation, child care, and medical expenses</i> )					
The transportation I use is reliable and consistent					
My housing situation is affordable, safe, and stable					
Over the past three months, my children and I have been able to see a doctor when we needed to.					
Over the past three months, I have found a job and/or worked when I needed to					

### CR Coaching Survey (continued)

Please think back to three months ago. For each of the following items, mark the first row based on how you felt or what you experienced at that time. On the second row, respond based on how you feel or what you experience NOW.

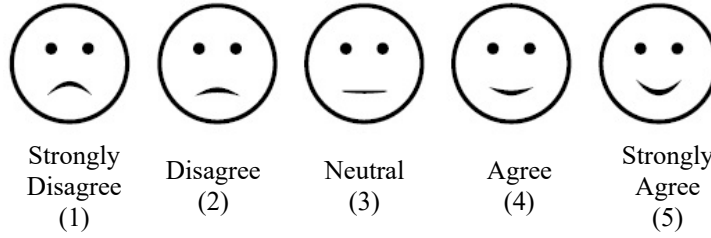
Resilience		Not at all true	Somewhat true	Mostly True	Completely True
I tend to bounce back quickly after hard times	3 mos. ago				
	Now				
I have a hard time making it through stressful events	3 mos. ago				
	Now				
It does not take me long to recover from a stressful event	3 mos. ago				
	Now				
It is hard for me to snap back when something bad happens	3 mos. ago				
	Now				
I usually come through difficult times with little trouble	3 mos. ago				
	Now				
I tend to take a long time to get over set-backs in my life	3 mos. ago				
	Now				

Hope		Definitely false	Mostly false	Somewhat false	Slightly false	Slightly true	Somewhat true	Mostly true	Definitely true
If I should find myself in a jam, I could think of many ways to get out of it.	3 mos. ago								
	Now								
At the present time, I am energetically pursuing my goals.	3 mos. ago								
	Now								
There are lots of ways around any problem that I face.	3 mos. ago								
	Now								
Right now, I see myself as being pretty successful.	3 mos. ago								
	Now								
I can think of many ways to reach my current goals.	3 mos. ago								
	Now								
At this time, I am meeting the goals I have set for myself.	3 mos. ago								
	Now								

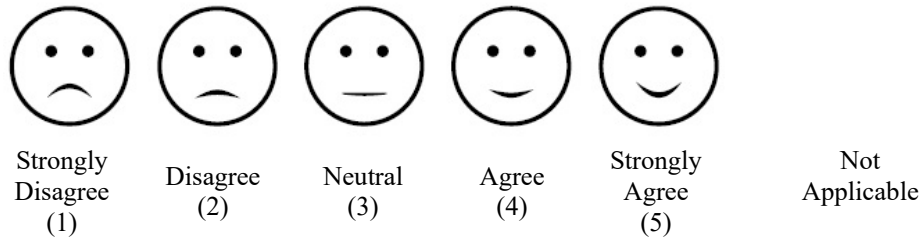
Accessing Services		Not at all true	Somewhat true	Mostly True	Completely True
If I need help, I know where to go and/or who to talk to.	3 mos. ago				
	Now				

**SATISFACTION SURVEY**

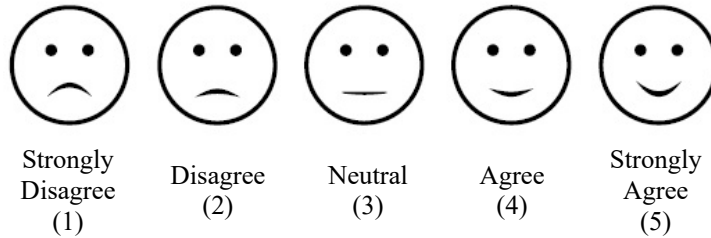
1. I felt respected and valued as a participant. Circle the option that best describes your opinion.



2. I have learned new techniques that improve my interactions with my child or children. Circle the option that best describes your opinion, or note if not applicable.



3. I feel my family relationships are better than before. Circle the option that best describes your opinion.



4. What could we have done differently to make things better?

5. What were the benefits to you and your family?

**THANK YOU for completing this survey!**

**COMPLETE CON TODOS LOS PARTICIPANTES DE CR COACHING AL FINAL**

**CR Coaching Encuesta**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA EL PERSONAL:** Solicite a los participantes de CR que completen esta encuesta en la última visita de coaching anticipada (es decir, al final del periodo actual de participación de Community Response) Y/ O dentro de los 30-90 días de la participación de una familia en Community Response. Esta encuesta debe ser completada por familias participantes en Community Response y que reciben capacitación (es decir, no se complete para las familias que solo han accedido a los Fondos de Servicios de Apoyo).

**Want to take this survey online? Go here: <https://tinyurl.com/CRCoachingSurvey>**

**FOR STAFF PROVIDING THIS SURVEY TO PARTICIPANT:**

1) Write in the participant ID number below. This is the first two letters of the participant’s first name, first two letters of last name, two digit month of birth, two digit day of birth (ex: Sally Jones DOB 10/16/80 would be SAJO1016)

- Participant’s ID Number: \_\_\_\_\_

2) Write in your information:

Agency Name	
Staff Name	
CWB/CYI Community Name	

**Para cada uno de las siguientes elementos, marque las respuestas que más se asemeja a como se siente**

<b>Conexiones sociales</b>	<b>A. Para nada como mi vida</b>	<b>B. No se parece mucho a mi vida</b>	<b>C. Algo parecido a mi vida</b>	<b>D. Bastante parecido a mi vida</b>	<b>E. Justo como mi vida</b>	<b>No aplica- no tengo hijos</b>
Yo tengo gente que cree en mí.						-
Yo tengo alguien en mi vida quien me da consejos, aun cuando es difícil de escuchar.						-
Cuando intento trabajar para lograr un objetivo, tengo amigos que me apoyan.						-
Cuando necesito de alguien que cuide de mis hijos a corto plazo, puedo encontrar alguien quien confío.						
Tengo personas en quien confió para pedir un consejo sobre (marque todos las que apliquen)						
A. ____ Dinero/ facturas/finanzas      C. ____ Comida/Nutrición      E. ____ Crianza/Mis hijos ( si aplica) B. ____ Relaciones y/o mi vida amorosa      D. ____ Estrés, ansiedad, y/o depresión      F. ____ Ninguna de las anteriores						

<b>Soporte concreto</b>	<b>A. Para nada como mi vida</b>	<b>B. No se parece mucho a mi vida</b>	<b>C. Algo parecido a mi vida</b>	<b>D. Bastante parecido a mi vida</b>	<b>E. Justo como mi vida</b>
Pude cubrir todos mis gastos el mes pasado ( <i>gastos incluyen costos de alquiler, facturas de servicios, comida, cuidado de niños, y gastos médicos</i> ).					
La transportación que uso es confiable y consistente.					
Mi situación de vivienda es económica, segura y estable.					
En los últimos tres meses, mis hijos y yo hemos podido ver a un doctor cuando lo hemos necesitado. ( <i>Si no tiene hijos responda solo por usted.</i> )					
En los últimos tres meses, he encontrado un trabajo y/o trabajado cuando he necesitado.					

**COMPLETE CON TODOS LOS PARTICIPANTES DE CR COACHING AL FINAL**

**CR Coaching encuesta- continuation.**

Por favor, piense en los últimos tres meses. Para cada uno de las declaraciones, marque la primera fila basándose en cómo se sintió o lo que experimento en ese tiempo. En la segunda fila, responda basándose en cómo se siente o en lo que ha experimentado AHORA.

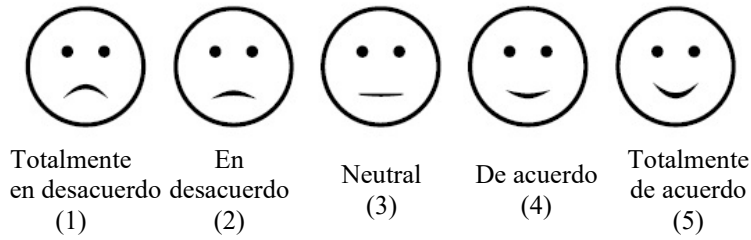
Resistencia		Nada cierto	Algo cierto	Mayormente cierto	Completamente cierto
Tiendo a recuperarme rápidamente después de tiempos difíciles.	3 meses atrás				
	Ahora				
Me cuesta trabajo pasar por eventos estresantes.	3 meses atrás				
	Ahora				
No me toma mucho tiempo en recuperarme de un evento estresante.	3 meses atrás				
	Ahora				
Me es difícil recuperarme cuando algo malo pasa.	3 meses atrás				
	Ahora				
Cuando paso por momentos difíciles normalmente los hago sin problemas.	3 meses atrás				
	Ahora				
Tiendo a tomar mucho tiempo en superar recaídas en mi vida.	3 meses atrás				
	Ahora				

Esperanza		Definitivamente falso	Mayormente falso	Algo falso	Ligeramente falso	Ligeramente cierto	Algo cierto	Mayormente cierto	Definitivamente cierto
Si me encuentro en un aprieto, puedo pensar en muchas maneras de salir de él.	3 meses atrás								
	Ahora								
En este momento , estoy energéticamente persiguiendo mis metas.	3 meses atrás								
	Ahora								
Hay muchas maneras de solucionar cualquier problema que enfrento.	3 meses atrás								
	Ahora								
En este momento, me veo muy exitoso (a).	3 meses atrás								
	Ahora								
Se me ocurren muchas maneras de alcanzar mis metas.	3 meses atrás								
	Ahora								
En este momento, estoy cumpliendo las metas que me he propuesto.	3 meses atrás								
	Ahora								

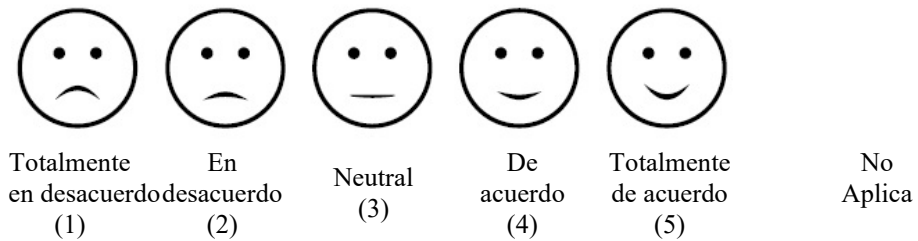
Acceso a servicios		Nada cierto	Algo cierto	Casi siempre	Completamente cierto
Si necesito ayuda, sé a dónde acudir y/o con quien hablar.	3 meses atrás				
	Ahora				

Encuesta de satisfacción

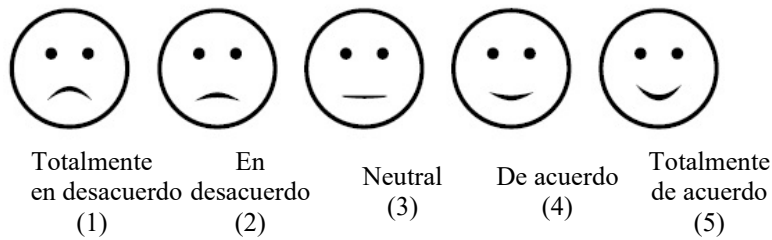
1. Me sentí respetado y valorado como participante. Marque con un círculo la opción que mejor describe su opinión.



2. He aprendido técnicas nuevas para mejorar mis interacciones con mi hijo (os). Marque con un círculo la opción que mejor describe su opinión, o marque si no aplica



3. Siento que mis relaciones familiares son mejores que antes. Marque con un círculo la opción que mejor describe su opinión.



4. ¿Qué podríamos haber hecho de manera diferente para mejorar las cosas?

5. ¿Cuáles fueron los beneficios para usted y su familia?

***¡Gracias por completar esta encuesta !***