Fecha* ____/___

CR/CYI FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Si necesita ayuda de emergencia, favo envíe un mensaje de texto que diga						
Su nombre preferido:			Yo	our Pronoun(s):		
1) ¿Cómo podemos ayudarle?					8	
¿Cuál es su necesidad más urgente? Marq	ue todas las q	ue apliquen				
Vida diaria (tel., ropa, higiene	Finanza		Salu	id mental	Relaciones de apoyo	
Dentista		ides de la vida diaria	Asistencia de crianza		Transportación	
Educación	Viviend				Utilities	
Trabajo	Asistencia legal			de substancias (Otra:	
¿Hay algo más que necesita que sepamos?)					
2) Servicio y apoyo actual						
Actualmente yo estoy recibiendo los sigu	ientes servicio	os y apoyo (marque tod	dos los que a	pliquen)		
Servicios educativos (ej. ETV, GED, to	utorías)	Servicios legales		Servicios de t	ransporte (ej. IntelliRide)	
Servicio de empleo		Servicios médicos		Otra		
Servicios de comida (ej. dispensa loc		Servicios de salud me		NA/None		
Servicios de Vivienda		Servicios para el uso	de substanc	iasPrefiero no co	ontestar	
Actualmente yo estoy recibiendo los sigu			arque todos	los que apliquen)		
Ayuda para niños dependientes/TAN		Medicaid		Otro		
Subsidio para Cuidado Infantil (Títul	o XX)	Desempleo	41.11	No apli		
Estampillas para comida (SNAP)		Asistencia con servici	os públicos/l	LIHEAP Prefie	ro no contestar	
Vivienda pública/Sección 3) Algunas preguntas sobre us	tod	WIC				
Nombre completo (Primer y segundo non apellido)*	nbre,	Número de teléfono	o de teléfono Correo electrónico		Fecha de nacimiento *	
Domicilio actual		Ciudad	Estado	Condado*	Código postal	
¿Hay alguien <u>que no viva con usted</u> a quie contactar si no podríamos comunicarnos		1		persona: Número de teléfon		
SíNo				de crianza):		
¿Cuál es su género?* Mujer Ho						
¿Cuál es su raza/ etnicidad? (marque toda	s las que apli	quen)*		Nativo Americano ¿E	s parte de una tribu reconoc	
Blanco Negro o African Americ	ano Hi	spano or Latino A	Asiático		deralmente?SíNo	
Nativo Hawaiano o de otras Islas del F	acificas _	Otra raza/etnicidad: _:		— Alaskao	Prefiero no deci	
¿Usted o sus hijos CALIFICAN para Medica				¿Tiene alguna discapacid	ad?*	
y/o almuerzo reducido o gratis, incluso si	no recibe nin	guno de ellos?*		SíNoPrefiero no decir		
SíNoNo lo sé	Prefierd	no decir				
¿Tiene suficientes personas con quien con			ejo? *	No	Prefiero no decir	
Si es así, ¿Cuántas personas?(Escri A partir de la fecha de hoy, ¿Tiene entre :			5 añas\2 *	Sí No		
UNICAMENTE si tiene entre 14 a 25 años						
					S) Tutola o Adonción	
Cuidado temporal/custodia del estado					Tutela o Adopcion	
Libertad condicionalFalta de viv N/A, no he experimentado ninguna de		_Tráfico de personas	Prefiero	no decir _ ·		
Está actualmente embarazada o esperano	do un hijo? (m	nadre o padre)?*	Sí	NoPrefier	o no decir	
4) Algunas preguntas sobre su	hogar					
Incluyéndose a usted mismo, ¿cuántos Al	OULTOS (pers	onas mayores de 18) hay	en su hoga	r? *		
¿Cuántos NIÑOS (personas de 17 y meno	res) hay en su	hogar? Ponga 0 si no vi	ven niños co	n usted*		
¿Tiene algúno de sus hijos una discapació número)	ad?*Pre	efiero no decirN/A	No	Sí → Si es así, ¿cuán	itos? (escribe un	

5) Autorización para compartir su informac	ion para evaluacion	(Consentimiento)*
Estoy de acuerdo en compartir mi información p	ara la evaluación	NO
Como parte de la evaluación de Community Resp Nebraska Children y sus evaluadores del Instituto se proporciona al equipo de evaluación. Todos lo evaluación. Si tiene preguntas, favor de llamar a	o Munroe-Meyer. Su r os datos se resumen e	nombre no será incluido en la información que n un grupo. Puede decidir no participar en la
Si está DE ACUERDO en compo	artir su información, co	omplete 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 meno custodio legal	or - Firma del padre o	Fecha de la firma del padre o custodio legal e
La siguiente información debe	ser completada por e	l personal de trabajo/testigo
Firma del testigo	Puesto del personal/testigo	Fecha de la firma del testigo
6) Información a seguir debe ser completa Paso 1: Agencia de referencia- favor de complet central	ar lo siguiente antes o	de enviar este formulario al navegador
Nombre de la agencia de referencia	Nombre del pe	ersonal de referencia
Número de teléfono de contacto		nico de contacto
Paso 2: Navegador central – Asigne un número	de identificación a est	e participante
 ¿Se ha referido este participante a un na participante de la siguiente forma: las do apellido, los dos dígitos del mes de nacin 10/16/80 sería SAJO1016). SI YA EXISTE UN RECORD PARA ESTE PAR PARTICIPANTE EXISTENTE. Número de identificación del participant 	os primeras letras del p niento, dos dígitos del TICIPANTE, UTILICE EL	orimer nombre, las dos primeras letras del día de nacimiento (ej. Sally Jones DOB

E l	/	1
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

Conexione	es 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 p	personas que creen en mi							
	alguien en mi vida quien me aconseja, aunque de escuchar.							
	stoy trabajando en lograr alguna meta, tengo iienes me apoyarán.				,			
	ecesito de alguien que cuide a mis hijos de , yo puedo encontrar a alguien en quien confic	ó.						
Yo tengo g	gente a la que le puedo preguntar con confian	za co	nsejos acerca	de (marque todo	os los que apliq	uen):		10
	Dinero/facturas/presupuesto Relaciones y/o mi vida amorosa	C. D.		/nutrición ansiedad y/o	E F		s hijos (si aplica) las anteriores	

Apoyo concreto	A.	В.	C.	D.	E.
	Para nada	No se	Algo como	Se parece	Justo como
	como mi	parece	mi vida	mucho a	mi vida
	vida	mucho a		mi vida	
V.		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.
- 2) Agregue estos datos a su sistema electrónico de datos (Quick Base, Clarity o Child Plus).