

FORMULARIO C¹

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN DEL ADULTO

(Use este formulario para recabar información adicional basada en los formularios de Admisión familiar e información adicional familiar para cada familiar que necesite servicios y/o apoyo)

Apellido:	Nombre:	Inicial:	Apodo (Nombre que prefiere ser llamado):	Fecha de nac. y edad:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> _____															
Sección 1. Educación / Empleo																				
Nivel más alto de educación completada: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Escuela primaria</td><td><input type="checkbox"/> Asociado</td><td><input type="checkbox"/> Desea educación continua</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Escuela intermedia</td><td><input type="checkbox"/> Licenciado</td><td><input type="checkbox"/> HiSET/GED</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Escuela secundaria</td><td><input type="checkbox"/> Título de posgrado</td><td><input type="checkbox"/> Otro _____</td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Escuela primaria	<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Desea educación continua	<input type="checkbox"/> Escuela intermedia	<input type="checkbox"/> Licenciado	<input type="checkbox"/> HiSET/GED	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Título de posgrado	<input type="checkbox"/> Otro _____						
<input type="checkbox"/> Escuela primaria	<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Desea educación continua																		
<input type="checkbox"/> Escuela intermedia	<input type="checkbox"/> Licenciado	<input type="checkbox"/> HiSET/GED																		
<input type="checkbox"/> Escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Título de posgrado	<input type="checkbox"/> Otro _____																		
Estado laboral: (Marque todo lo que corresponda) <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Ama de casa</td><td><input type="checkbox"/> Empleo de tiempo parcial</td><td><input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Empleo de tiempo completo</td><td><input type="checkbox"/> Sin empleo</td><td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Empleo de tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral	<input type="checkbox"/> Empleo de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Sin empleo	<input type="checkbox"/> Otro: _____									
<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Empleo de tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral																		
<input type="checkbox"/> Empleo de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Sin empleo	<input type="checkbox"/> Otro: _____																		
Fuente de ingresos: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Sueldo/Salario</td><td><input type="checkbox"/> Seguro social/Pensión</td><td><input type="checkbox"/> Sin ingresos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Seguro de desempleo</td><td><input type="checkbox"/> Manutención infantil/Pensión alimenticia</td><td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad</td><td><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia transicional para familias con hijos dependientes (TAFDC)</td><td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Seguro de compensación de los trabajadores</td><td><input type="checkbox"/> El programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC)</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> SSI/SSDI (Seguridad de ingreso suplementario/ Seguro social por discapacidad)</td><td></td><td></td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Sueldo/Salario	<input type="checkbox"/> Seguro social/Pensión	<input type="checkbox"/> Sin ingresos	<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Manutención infantil/Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia transicional para familias con hijos dependientes (TAFDC)	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Seguro de compensación de los trabajadores	<input type="checkbox"/> El programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC)		<input type="checkbox"/> SSI/SSDI (Seguridad de ingreso suplementario/ Seguro social por discapacidad)		
<input type="checkbox"/> Sueldo/Salario	<input type="checkbox"/> Seguro social/Pensión	<input type="checkbox"/> Sin ingresos																		
<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Manutención infantil/Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Otro: _____																		
<input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia transicional para familias con hijos dependientes (TAFDC)	<input type="checkbox"/> Otro: _____																		
<input type="checkbox"/> Seguro de compensación de los trabajadores	<input type="checkbox"/> El programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC)																			
<input type="checkbox"/> SSI/SSDI (Seguridad de ingreso suplementario/ Seguro social por discapacidad)																				
Sección 2. Salud física y mental																				
¿Tiene usted una discapacidad? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Salud médica/física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Del desarrollo <input type="checkbox"/> Salud emocional, mental y conductual		¿Cuál es su salud física y mental general? (Haga un círculo en uno) Mala Regular Buena Excelente ¿Tiene alguna afección que requiera atención regular o seguimiento? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Cuál es (son) la(s) afección(es)? _____ _____ _____																		
¿Ha visto a un médico o enfermera especializada en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																				
¿Ha visto a un dentista en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																				

Sección 3. Seguridad					
Pregunta de seguridad	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Se siente seguro en su hogar.					
Se siente seguro en el trabajo o la escuela.					
Se siente seguro en las calles de su barrio.					
1) ¿Ha sido testigo de violencia? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N 2) ¿Tiene un caso abierto en el tribunal? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Qué tribunal? _____ ¿Por qué motivo? _____ 3) ¿Desea una derivación por violencia en el hogar? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Sección 4. Necesidades básicas					
Su familia está: <input type="checkbox"/> Viviendo en su propio apartamento o casa (propia o rentada) <input type="checkbox"/> Desamparada pero albergada <input type="checkbox"/> Desamparada Necesita asistencia con: Alimentos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Vestimenta <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Sección 5. Participación de agencias (Marque todo lo que corresponda)					
¿Está involucrado con alguna de las agencias siguientes? (Marque todo lo que corresponda) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> MassHealth <input type="checkbox"/> Departamento de Asistencia Transicional (DTA) <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF) <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios para Jóvenes (DYS) <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH) <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios del Desarrollo (DDS) </div> <div> <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Agencia comunitaria: _____ _____ _____ </div> <div> <input type="checkbox"/> Recursos de la ciudad/pueblo: _____ _____ _____ </div> </div>					
Sección 6. Participación cívica					
¿Está involucrado con algo de lo siguiente: (Marque todo lo que corresponda) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Bellas artes (por ej. pintura, dibujo) <input type="checkbox"/> Artes escénicas (por ej. música, danza, teatro) <input type="checkbox"/> Otro: _____ </div> <div> <input type="checkbox"/> Proyectos de servicios comunitarios <input type="checkbox"/> Servicio voluntario <input type="checkbox"/> Scout </div> <div> <input type="checkbox"/> Organizaciones cívicas comunitarias <input type="checkbox"/> Organizaciones basadas en la fe </div> </div>					
Sección 7. Disposición Solo para uso de la oficina					
ID familiar:	ID del miembro de la familia:		Tipo de cliente: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Padre/Cuidador/a		
Fecha inicial: _____		Contacto principal: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Realizado por: _____					
Actualizado por: _____		Fecha: _____			
Actualizado por: _____		Fecha: _____			

Notas: