

FORMULARIO B

FORMULARIO ADICIONAL DE INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA

(Complete un nuevo formulario para cada familiares adicionales que estén solicitando apoyo o servicios)

Sección 1. Información del familiar adicional:																	
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"/> _____												
Dirección:		No. de apt.	Teléfono de la casa:		Teléfono celular:												
Ciudad/Pueblo:		Estado:	Código postal:	Dirección de correo electrónico:													
Condición del miembro de la familia: (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Cuidador/a familiar <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Joven no acompañado <input type="checkbox"/> Crianza- compartida <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Padre adolescente (actualmente menor de 19 años de edad) <input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> Otro: _____			Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> N/C														
Ingresos (Opcional): ¿Cuál es su ingreso total familiar? <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Menos de \$10,000</td><td><input type="checkbox"/> \$30,000 a \$39,999</td><td><input type="checkbox"/> \$60,000 a \$69,999</td><td><input type="checkbox"/> \$90,000 a \$99,999</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> \$10,000 a \$19,999</td><td><input type="checkbox"/> \$40,000 a \$49,999</td><td><input type="checkbox"/> \$70,000 a \$79,999</td><td><input type="checkbox"/> \$100,000 a \$149,999</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,999</td><td><input type="checkbox"/> \$50,000 a \$59,999</td><td><input type="checkbox"/> \$80,000 a \$89,999</td><td><input type="checkbox"/> \$150,000 o más</td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Menos de \$10,000	<input type="checkbox"/> \$30,000 a \$39,999	<input type="checkbox"/> \$60,000 a \$69,999	<input type="checkbox"/> \$90,000 a \$99,999	<input type="checkbox"/> \$10,000 a \$19,999	<input type="checkbox"/> \$40,000 a \$49,999	<input type="checkbox"/> \$70,000 a \$79,999	<input type="checkbox"/> \$100,000 a \$149,999	<input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,999	<input type="checkbox"/> \$50,000 a \$59,999	<input type="checkbox"/> \$80,000 a \$89,999	<input type="checkbox"/> \$150,000 o más
<input type="checkbox"/> Menos de \$10,000	<input type="checkbox"/> \$30,000 a \$39,999	<input type="checkbox"/> \$60,000 a \$69,999	<input type="checkbox"/> \$90,000 a \$99,999														
<input type="checkbox"/> \$10,000 a \$19,999	<input type="checkbox"/> \$40,000 a \$49,999	<input type="checkbox"/> \$70,000 a \$79,999	<input type="checkbox"/> \$100,000 a \$149,999														
<input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,999	<input type="checkbox"/> \$50,000 a \$59,999	<input type="checkbox"/> \$80,000 a \$89,999	<input type="checkbox"/> \$150,000 o más														
Seguro Médico: ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																	
Origen étnico: ¿Es el familiar de origen hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> No, no es de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español- <i>Ponga el origen, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español y así sucesivamente.</i> _____			Raza: ¿Cuál es la raza del familiar? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana y país africano <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska- <i>escriba el nombre de la tribu principal o inscrita.</i> _____ <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Hindú</td><td><input type="checkbox"/> Japonés</td><td><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Chino</td><td><input type="checkbox"/> Corea</td><td><input type="checkbox"/> Guameño o chamorro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Filipino</td><td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td><td><input type="checkbox"/> Samoa</td></tr></table> <input type="checkbox"/> Otro isleño del pacífico- <i>Escriba la raza, por ejemplo, de Fiji, tongano y así sucesivamente.</i> _____ <input type="checkbox"/> Otro asiático- <i>Escriba la raza - Por ejemplo, hmong, laosiano, thai, pakistaní, camboyano y así sucesivamente.</i> _____ <input type="checkbox"/> alguna otra raza- <i>Escriba la raza</i> _____			<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Corea	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Samoa			
<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái															
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Corea	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro															
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Samoa															

Idioma principal: <i>Identifique una de la lista a continuación</i>			
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Dialectos africanos <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Portugués de Brasil <input type="checkbox"/> Dialectos birmanos <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Criollo de Cabo Verde <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Criollo de Haití	<input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Khmer/Camboiano <input type="checkbox"/> Chino mandarín <input type="checkbox"/> Moldavo <input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro : _____
Servicio militar: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Guardia nacional <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Veterano Último despliegue: _____ <div style="text-align: center;">Fecha</div>			
Sección 4. Disposición <i>Solo para uso de la oficina</i>			
Firma del formulario de consentimiento ASO: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó			
<div style="text-align: center;">Divulgar información a:</div> Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó			
<input type="checkbox"/> Información y referencia <input type="checkbox"/> Evaluación de necesidades y puntos fuertes familiares (CANS Familiar) <input type="checkbox"/> Servicios del Centro de Recursos Familiares <input type="checkbox"/> Plan de apoyo familiar <input type="checkbox"/> Referencia externa			
Fecha inicial:	ID familiar:	ID del miembro de la familia:	
Realizado por: _____		Tipo de admisión: <input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> En persona	
Información actualizada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Actualizado por: _____ Fecha: _____ Actualizado por: _____ Fecha: _____		Contacto principal: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Notas:			