

ECONOMIC EMPOWERMENT INTAKE

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADO

1. NOMBRE	<i>APELLIDO</i>	2. FECHA DE HOY	<i>MES</i>	<i>DÍA</i>	<i>AÑO</i>
3. IDENTIDAD DE GÉNERO		4. FECHA DE NACIMIENTO		<i>MES</i>	<i>DÍA</i>
<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> OTRO					
5. NUMERO DE TELEFONO					
<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> OTRO: CORREO ELECTRÓNICO					
6. ESTADO CIVIL ACTUAL					
<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A <input type="checkbox"/> NUNCA CASADO/A					
7. ¿ES USTED DE ORIGEN HISPANO, LATINO, ¿O ESPAÑOL?					
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
8. ¿CUÁL CATEGORÍA LO DESCRIBE A USTED?					
<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> INDÍGENA AMERICANO, INDÍGENA DE ALASKA, O INDÍGENA DE AMERICA CENTRAL O DE SUDAMÉRICA <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDÍGENA HAWAIANO U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> ALGUNA OTRA RAZA U ORÍGENES					

ARREGLO DE VIVIENDA

9. ¿DÓNDE DUERME LA MAYORÍA DE LAS NOCHES DURANTE ESTE MES?

<input type="checkbox"/> EN SU PROPIA CASA (<i>dueño de casa</i>) <input type="checkbox"/> EN CASA QUE RENTA <input type="checkbox"/> EN CASA PERMANENTE QUE COMPARTE CON OTRAS PERSONAS, PERO NO ES DUEÑO/INQUILINO <input type="checkbox"/> EN CASA TEMPORAL QUE COMPARTE CON OTRAS PERSONAS	<input type="checkbox"/> EN UN ALBERGUE DE EMERGENCIA, ALOJAMIENTO DE SEGURIDAD O CASA DE ASISTENCIA SOCIAL TRANSITORIA <input type="checkbox"/> EN UN LUGAR NO DISEÑADO PARA VIVIR COMO UN COCHE, PARQUE, ESTACIÓN DE CAMIONES O TRENES O UN CAMPAMENTO <input type="checkbox"/> EN UNA INSTITUCIÓN COMO HOSPITAL, CÁRCEL, PRISIÓN, CENTRO DE DETENCIÓN PARA ADOLESCENTES, CENTRO DE CUIDADO DE LARGO PLAZO O ASILIO
---	---

10. ¿CUÁL ES EL CÓDIGO POSTAL DEL LUGAR DONDE DUERME LA MAYORÍA DE LAS NOCHES ESTE MES (#8)?

_____ CÓDIGO POSTAL

<p>11. ¿VIVE EN EL LUGAR QUE INDICÓ ANTERIORMENTE (#5) CON SU ESPOSO/A, TU PAREJA DOMÉSTICA, O NOVIO/NOVIA?</p> <p> <input type="checkbox"/> SÍ, CON UNA PAREJA HOMBRE <input type="checkbox"/> SÍ, CON UNA PAREJA MUJER <input type="checkbox"/> NO </p> <p>13. ¿CUÁNTOS NIÑOS/AS DE 5 AÑOS O MENOS, INCLUYENDO BEBÉS, ¿VIVEN CON USTED ACTUALMENTE?</p> <p style="text-align: right;">_____ NUMERO</p>	<p>12. SIN INCLUIRSE A USTED Y A SU PAREJA, ¿CUÁNTOS ADULTOS EN TOTAL VIVEN ACTUALMENTE CON USTED EN EL LUGAR QUE INDICÓ ANTERIORMENTE (#8)?</p> <p style="text-align: right;">_____ NUMERO</p> <p>14. ¿CUÁNTOS NIÑOS DE 6 A 17 AÑOS DE EDAD VIVEN CON USTED ACTUALMENTE?</p> <p style="text-align: right;">_____ NUMERO</p>
--	--

15. ¿EN ESTE MOMENTO, VIVE CON SUS _____? MARCA TODAS LAS QUE APLIQUEN. "HIJASTRO/AS Y DE CARIÑO" INCLUYEN NIÑOS DE SU PAREJA QUE ADOPTÓ Y NIÑOS DE SU PAREJA CON QUIEN VIVE.

HIJOS/AS BIOLÓGICOS/AS HIJASTROS/HIJASTRAS/HIJOS DE CARIÑO HIJOS/AS ADOPTIVOS/AS NIETOS/AS HIJOS/AS DE CRIANZA TEMPORAL

16. CUAL ES EL NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DE TU HIJO/A (S) DE 0-5 ANOS DE EDAD?

EDUCACIÓN, EMPLEO, SALARIO E INSEGURIDAD DE ALIMENTOS

17. ¿CUÁL ES SU GRADO O NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN QUE COMPLETÓ?

<input type="checkbox"/> GRADO 0-8 – ESCUELA PRIMARIA Y PARTE DE SECUNDARIA <input type="checkbox"/> GRADO 9-12 SIN TÍTULO – SECUNDARIA SIN GRADUACIÓN <input type="checkbox"/> SECUNDARIA CON DIPLOMA DE 12 GRADO, O EXAMEN DE EQUIVALENCIA <input type="checkbox"/> ALGO DE UNIVERSIDAD, PERO NO SE HA RECIBIDO EL DIPLOMA O ESTÁ EN PROCESO.	<input type="checkbox"/> TÍTULO DE UNIVERSIDAD DE 2 AÑOS (EJ., AA, AS) <input type="checkbox"/> TÍTULO DE UNIVERSIDAD DE 4 AÑOS (EJ., BA, BS, AB) <input type="checkbox"/> TÍTULO DE ESTUDIOS SUPERIORES (EJ., MAESTRÍA, DOCTORADO)
--	---

18. ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN ACTUAL DE EMPLEO?

<input type="checkbox"/> EMPLEADO/A DE TIEMPO COMPLETO, 30 HORAS A LA SEMANA O MÁS <input type="checkbox"/> EMPLEADO/A DE MEDIO TIEMPO, MENOS DE 30 HORAS A LA SEMANA <input type="checkbox"/> FUERA DEL MERCADO DE TRABAJO. MARQUE AQUÍ SI NO ESTÁ TRABAJANDO O NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO PORQUE ES ESTUDIANTE, ESTÁ JUBILADO/A, CUIDA DE NIÑOS O FAMILIARES U OTRAS RAZONES.	<input type="checkbox"/> SIN EMPLEO, 6 MESES O MENOS <input type="checkbox"/> SIN EMPLEO, 6 MESES O MÁS
---	--

19. ¿TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE LE PREVIENE DE TRABAJAR O LIMITA EL TIPO DE TRABAJO QUE PUEDE HACER? SÍ NO

20. ANTES DE DECLARAR IMPUESTOS EL AÑO PASADO, ¿CUÁNTO FUERON LOS INGRESOS TOTALES DE LA FAMILIA?

_____ NUMERO

21. PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, CONTESTE CON: SEGUIDO, A VECES, CASI NUNCA, EN CUANTO A SU EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

A. "ESTÁBAMOS PREOCUPADOS SI NUESTRA COMIDA SE IBA A ACABAR ANTES DE TENER MÁS DINERO PARA COMPRAR MÁS."

SEGUIDO

A VECES

CASI NUNCA

B. "LA COMIDA QUE COMPRÁBAMOS SIMPLEMENTE NO DURABA Y NO TENÍAMOS DINERO PARA COMPRAR MÁS."

SEGUIDO

A VECES

CASI NUNCA

BENEFICIOS Y SERVICIOS

22. ¿ESTÁ USTED O CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA RECIBIENDO ACTUALMENTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES INGRESOS/BENEFICIOS? MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN.

CALWORKS

SSDI – SEGURO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL

MEDICARE

HEAD START O EARLY HEAD START

CALFRESH

SEGURIDAD SOCIAL

MEDI-CAL

DESAYUNO O ALMUERZO GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

WIC – MUJERES, INFANTES Y NIÑOS

SEGURO DE DESEMPLEO

CHIP – PROGRAMA DE SALUD PARA NIÑOS

SSI – INGRESOS SUPLEMENTALES DE SEGURIDAD

RECIBIENDO BENEFICIOS DE ALOJAMIENTO O VIVIENDO EN VIVIENDA DE GOBIERNO

SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO DE LOS NIÑOS QUE NO SON PARTE DE CALWORKS

EARNED INCOME TAX CREDIT (EITC) DEL MÁS RECIENTE REPORTE DE IMPUESTOS

PENSIÓN ALIMENTICIA

23. ¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS LE INTERESARÍA RECIBIR? MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN.

EDUCACIÓN Y CRIANZA

EMPLEO

SERVICIOS DE DISCAPACIDAD

RELACIÓN DE PAREJAS

CUIDADO DE NIÑOS

ALOJAMIENTO

CUIDADO DE SALUD

VIOLENCIA DOMÉSTICA

ESTABLECIMIENTO DE PATERNIDAD

COMIDA Y NUTRICIÓN

SALUD MENTAL

AYUDA PARA OBTENER INGRESOS/BENEFICIOS INCLUIDOS EN #18; POR FAVOR INDIQUE CUÁL DE LOS PROGRAMAS:

EDUCACIÓN FINANCIERA

TRANSPORTE

TRATAMIENTO DE SUBSTANCIAS

24. ¿ESTÁ USTED O CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA ACTUALMENTE EN EL SISTEMA DE ASISTENCIA SOCIAL PARA NIÑOS?

SÍ

NO

SERVICIOS DE BANCO Y MAS

25a. TIENE USTED UNA CUENTA DE AHORROS O CUENTA CORRIENTE? SÍ NO

b. SI NO, CUAL ES LA RAZÓN, (seleccione todo lo que aplique)

HORARIOS SON INCONVENIENTES

LOCACIONES SON INCONVENIENTES

NO OFRECEN LOS SERVICIOS O PRODUCTOS QUE NECESITO

NO TENGO LOS SUFICIENTE FONDOS PARA COMPLETAR EL BALANCE

ID, CRÉDITO, O PROBLEMAS ANTERIORES CON BANCO

COSTOS SON MUY IMPREDECIBLES

COSTOS SON MUY ALTOS

NO CONFIO EN ELLOS

26. ALGÚN MIEMBRO DE TU FAMILIA TIENE UNA CUENTA? SÍ NO

27. ESTA USTED INTERESADO EN RECIBIR MAS INFORMACIÓN ACERCA DE COMO EMPEZAR ESTAS CUENTAS? SÍ NO

Office Use Only

Name of Staff: _____

Name of site/school: _____

Individual

Group Session

Completed Forms:

My Money Picture Assessment

Intake

FBMS - Pre

SMART Goal

FBMS – Post

Date to be completed: