

ECONOMIC EMPOWERMENT INTAKE

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADO

1. NOMBRE _____ APELLIDO _____ 2. FECHA DE HOY MES _____ DÍA _____ AÑO _____

3. IDENTIDAD DE GÉNERO FEMININO MASCULINO OTRO _____ 4. FECHA DE NACIMIENTO MES _____ DÍA _____ AÑO _____

5. NUMERO DE TELEFONO CASA CELULAR TRABAJO OTRO: CORREO ELECTRÓNICO _____

6. ESTADO CIVIL ACTUAL CASADO VIUDO/A DIVORCIADO/A SEPARADO/A NUNCA CASADO/A _____

7. ¿ES USTED DE ORIGEN HISPANO, LATINO, ¿O ESPAÑOL? SÍ NO _____

8. ¿CUÁL CATEGORÍA LO DESCRIBE A USTED?
 BLANCO INDÍGENA AMERICANO, INDÍGENA DE ALASKA, O INDÍGENA DE AMERICA CENTRAL O DE SUDAMÉRICA
 NEGRO O AFROAMERICANO INDÍGENA HAWAIANO U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO
 ASIÁTICO ALGUNA OTRA RAZA U ORÍGENES _____

ARREGLO DE VIVIENDA

9. ¿DÓNDE DUERME LA MAYORÍA DE LAS NOCHES DURANTE ESTE MES?
 EN SU PROPIA CASA (*dueño de casa*) EN UN ALBERGUE DE EMERGENCIA, ALOJAMIENTO DE SEGURIDAD O CASA DE ASISTENCIA SOCIAL TRANSITORIA
 EN CASA QUE RENTA EN UN LUGAR NO DISEÑADO PARA VIVIR COMO UN COCHE, PARQUE, ESTACIÓN DE CAMIONES O TRENES O UN CAMPAMENTO
 EN CASA PERMANENTE QUE COMPARTE CON OTRAS PERSONAS, PERO NO ES DUEÑO/INQUILINO EN UNA INSTITUCIÓN COMO HOSPITAL, CÁRCEL, PRISIÓN, CENTRO DE DETENCIÓN PARA ADOLESCENTES, CENTRO DE CUIDADO DE LARGO PLAZO O ASILIO
 EN CASA TEMPORAL QUE COMPARTE CON OTRAS PERSONAS _____

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

11. ¿VIVE EN EL LUGAR QUE INDICÓ ANTERIORMENTE (#5) CON SU ESPOSO/A, TU PAREJA DOMÉSTICA, O NOVIO/NOVIA? SÍ, CON UNA PAREJA HOMBRE SÍ, CON UNA PAREJA MUJER NO _____
12. SIN INCLUIRSE A USTED Y A SU PAREJA, ¿CUÁNTOS ADULTOS EN TOTAL VIVEN ACTUALMENTE CON USTED EN EL LUGAR QUE INDICÓ ANTERIORMENTE (#8)? _____ NÚMERO _____

13. ¿CUÁNTOS NIÑOS/AS DE 5 AÑOS O MENOS, INCLUYENDO BEBÉS, ¿VIVEN CON USTED ACTUALMENTE? _____ NÚMERO _____
14. ¿CUÁNTOS NIÑOS DE 6 A 17 AÑOS DE EDAD VIVEN CON USTED ACTUALMENTE? _____ NÚMERO _____

15. ¿EN ESTE MOMENTO, VIVE CON SUS _____? MARCA TODAS LAS QUE APLIQUEN. "HIJASTRO/AS Y DE CARÍO" INCLUYEN NIÑOS DE SU PAREJA QUE ADOPTÓ Y NIÑOS DE SU PAREJA CON QUIEN VIVE.
 HIJOS/AS BIOLÓGICOS/AS HIJASTROS/HIJASTRAS/HIJOS DE HIJOS/AS ADOPTIVOS/AS NIETOS/AS HIJOS/AS DE CRIANZA TEMPORAL CARÍO _____

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

18. ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN ACTUAL DE EMPLEO?
 EMPLEADO/A DE TIEMPO COMPLETO, 30 HORAS A LA SEMANA O MÁS SIN EMPLEO, 6 MESES O MENOS
 EMPLEADO/A DE MEDIO TIEMPO, MENOS DE 30 HORAS A LA SEMANA SIN EMPLEO, 6 MESES O MÁS
 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. _____

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? _____ NÚMERO _____

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: