

# FORMA PARA CONEXIONES DE RECURSOS Y APOYO



NOMBRE LEGAL COMPLETO	
Primer nombre	Segundo nombre
Apellido	Nombre preferido

¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS? (por favor escoge 1)	
<input type="checkbox"/> Doctor / Proveedor médico <input type="checkbox"/> Terapeuta / Proveedor de salud mental <input type="checkbox"/> Administrador de casos – Bienestar infantil <input type="checkbox"/> Administrador de casos – Medicaid / Seguros <input type="checkbox"/> Administrador de casos – SNAP/Otro beneficio económico <input type="checkbox"/> Otro (rellene el cuadro que aparece a continuación)	<input type="checkbox"/> Búsqueda de Internet <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Maestro/Personal de la Escuela <input type="checkbox"/> Cuidador Infantil <input type="checkbox"/> Abogado/Servicios Legales <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios Sociales sin fines de lucro /Iglesia
Otro (si corresponde)	

¿CUÁL ES TU NECESIDAD URGENTE? (por favor, marque todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Vida Diaria (pañales, ropa, higiene, teléfono) <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Finanzas <input type="checkbox"/> Habilidades generales de vida _____ Alojamiento/ Hogar <input type="checkbox"/> Ayuda legal	<input type="checkbox"/> Salud Mental (terapeuta, psicólogo, etc.) <input type="checkbox"/> Ayuda para Padres <input type="checkbox"/> Salud Física (doctor) <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Relaciones de apoyo <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Utilidades (luz, basura, gas, etc.) <input type="checkbox"/> Otro (rellene el cuadro que aparece a continuación)
Otro (si corresponde)	

INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Número de teléfono _____-_____-_____	Dirección de Correo Electrónico		
Fecha de nacimiento ____/____/____	Dirección (si no tiene vivienda estable, ingrese solo su código postal)		
Ciudad	Estado	Condado	Código postal

PREGUNTAS DEMOGRÁFICAS		
<b>IDENTIDAD DE GÉNERO (Actualmente te describes como)</b>		<b>Afiliación militar: ¿Es usted o su familia un veterano?</b>
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Prefiero autoidentificarme como: _____	<input type="checkbox"/> No
RAZA/ETNIA (seleccione todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Prefiero autoidentificarme: _____	
<input type="checkbox"/> Medio Oriente o Norte de África		

POR FAVOR, RESPONDA ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA		
Número de Adultos en el Hogar: _____	Número de Niños Menores de 19 Años en el Hogar: _____	
¿Estás embarazada o esperando a un bebé? (madre o padre)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		
MIEMBROS DEL HOGAR	Talla de pañales	Fecha de Nacimiento

No compartiremos su información personal con nadie fuera de la Colaboración Bring Up Nebraska sin su permiso. Los datos a nivel grupal se informarán al equipo de Investigación y Evaluación de Nebraska Children and Families Foundation [NCF]. Esto incluye cosas como la edad y la raza/etnicidad de las personas que se conectan a los recursos y al apoyo a través de la Colaboración Briing Up Nebraska. No se compartirá públicamente ninguna información específica sobre usted o su familia. Su información podrá compartirse con nuestros socios si se le remite a ellos, pero solo con su permiso. Ustedes pueden cambiar quién puede ver sus datos en cualquier momento utilizando la plataforma Findhelp®. Cualquier información que ya se haya compartido permanecerá compartida, pero no se compartirá información nueva con ese socio.

Nos gustaría compartir su información con el equipo de Investigación y Evaluación de la Nebraska Children and Families Foundation y sus socios de evaluación externos. Están tratando de comprender cómo el trabajo de la Colaboración Bring Up Nebraska y sus socios ayudan a las familias. También quieren ayudar a Bring Up Nebraska a servir mejor a las familias. NO verán información que pueda identificarlo, como su nombre, dirección y fecha de nacimiento. Ellos recibirán información sobre los servicios que recibieron las familias y cómo esos servicios ayudaron a las familias. También es posible que se comuniquen con usted y le hagan preguntas sobre su experiencia con la Colaboración Bring Up Nebraska.

**¿Nos da permiso para que compartamos parte de su información con la Colaboración Bring Up Nebraska y con el Equipo de Investigación y Evaluación del NCF y sus socios externos?**  Sí  No

Si no tiene una cuenta en Findhelp, el sistema creará una para usted y le mandará un correo electrónico con todos los detalles.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del cuidador de los participantes menores de 19 años

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma