

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL VECINO

Nosotros reconocer eso que se discute personal asuntos poder a veces desencadenar difícil emociones o recuerdos. Su comodidad y bienestar son nuestras principales prioridades. Sus respuestas no influirán el resultado de su pedido para asistencia, y tú tener el elección a rechazar Para responder cualquier pregunta. Nuestro objetivo al recopilar esta información es mejorar continuamente nuestro programa, respetando y apoyando las necesidades de quienes buscan nuestra ayuda.

Nombre del cliente: _____

Raza		Etnicidad	
Indio americano/nativo de Alaska		Hispano/Latino	
Asiático-americano		No hispano/latino	
Negro/Afroamericano		Desconocido	
Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico		Se negó a compartir	
Blanco			
Otro			
Se negó a compartir			
¿Alguien en su hogar vive con una discapacidad o condición de salud que afecta la vida diaria?		Si tiene alguna discapacidad, ¿podría compartir más sobre ella? (seleccione todas las que correspondan)	
Sí		Trastorno por consumo de alcohol	
No		Trastorno por consumo de drogas	
		Condición de salud crónica	
		De desarrollo	
		VIH/SIDA	
		Trastorno de salud mental	
Fuentes actuales de ingresos del hogar ?			
Manutención infantil		Desempleo	
Incapacidad del empleado		Virginia	
Sin ingresos		Empleo	
Otro		Pensión	
SSI		Amigos/Familiares	
Seguro de discapacidad de estado sólido (SSDI)		Se negó a responder	
Si selecciona Otros ingresos, descríbalos			
¿Existe algún programa de beneficios en el que participe su hogar para apoyar sus necesidades?			
SNAP (cupones de alimentos)		Programa de Energía para Personas de Bajos Ingresos	
Asistencia en efectivo		Mujeres/Bebés Niños (WIC)	
Vivienda de la Sección 8		Otro	
Otro		Se negó a responder	
Si se selecciona Otro, descríbalos			
¿Qué tipo de cobertura de salud tiene actualmente su hogar?			
Ninguno		CuidadoDeSalud.gov (Obama Care)	
Seguro privado		Otro	
AHCCCS		Se negó a responder	
Si se selecciona Otro, descríbalos			

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL VECINO

¿Alguien en su hogar tiene problemas o preocupaciones de salud?			
Sí		No	
Se negó a responder			
Si se selecciona Sí , describa			
Durante el último año, ¿alguna vez pasó hambre pero no pudo permitirse comprar comida?			
Sí		No	
Durante el último año, ¿alguna vez necesitó atención médica pero no pudo acceder a ella debido a limitaciones financieras?			
Sí		No	
Durante el último año, ¿alguna vez ha tenido dificultades para pagar sus facturas debido a limitaciones financieras? (seleccione todas las opciones que correspondan)			
Alquiler o hipoteca		Pago del coche	
Servicios públicos		Seguro	
Tarjetas de crédito		Otro	
Se negó a responder			
Si se selecciona Otro, descríbalo			
Si está empleado, ¿cuánto tiempo lleva trabajando con su empleador actual?			
Recién contratado, aún no ha empezado		7-12 meses	
1-3 meses		Más de 12 meses	
4-6 meses		Se negó a responder	
¿Cuál es el ingreso total del hogar durante los últimos 30 días, antes de impuestos/deducciones?			
¿Cuál es el ingreso total del hogar durante los últimos 30 días, después de impuestos/deducciones?			
¿Cuánto es su alquiler mensual o hipoteca?			