¿Enviaste la forma (RET) Episodio de Seguimiento de Referencia en Qualtrics? ☐ Si ☐ No

¿Completaste el Encuesta de los Factores de Protección con la familia? ☐ Si ☐ No

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Agencia de Referencia:** |  | **Fecha de Referencia:** |  |
| **Nombre de la Familia:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **Correo Electrónico de la Familia:** |  |
| **Raza:** |  | **Etnicidad:** |  |
| **¿Cuántas Personas Viven en el Hogar?** |  |
| **Nombre y Fecha de Nacimiento de los menores de Edad en el Hogar** |  |
| **Lenguaje de Preferencia:** |  |
| **¿Como podemos ayudarle?** |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Qué Necesidades tiene la Familia?** |
|  | ☐ | Educación |  | ☐ | Asistencia de Comida |  |
|  | ☐ | Salud Física |  | ☐ | Vivienda |  |
|  | ☐ | Transporte |  | ☐ | Abuso de Substancias |  |
|  | ☐ | Empleo |  | ☐ | Relaciones de Apoyo |  |
|  | ☐ | Salud Mental |  | ☐ | Finanzas |  |
|  | ☐ | Ayuda Legal |  | ☐ | Mejorar sus Habilidades de Trabajo |  |
|  | ☐ | Cuidado de Niños |  | ☐ | Mejorar sus Habilidades como Padres |  |
|  | ☐ | Dental |  | ☐ | Otra: |   |

|  |
| --- |
| **En qué tipo de Asistencia están Registrados:** |
|  | ☐ | Medicaid |  | ☐ | Vivienda (Voucher/Section 8) |  | ☐ | Desempleo |
|  | ☐ | Estampillas de Comida /Snap |  | ☐ | WIC |  | ☐ | SSI/SSDI |
|  | ☐ | Hijos dependientes/TANF |  | ☐ | Otro: |   |