¿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: |  | | | |