

# FORMULARIO DE AUTOEVALUACIÓN

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono para mensajes: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos niños? \_\_\_\_\_

¿Usted es responsable del cuidado diario de una persona discapacitada? Sí  No

¿Cuál de las siguientes opciones describe su hogar?

Ambos padres  Padre/Madre soltero  Padre/Madre de 16-19 años sin GED ni diploma de Secundaria

¿Qué ayuda crees que podría obtener de familiares y amigos si usted toma clases, busca trabajo o consigue un empleo?

¿Trabaja con otras organizaciones comunitarias como HUD, Head Start, CASA, Departamento de Correcciones, etc.?

Sí  No  En caso afirmativo, indique la organización:

## SUS ANTECEDENTES LABORALES

¿Cuántos trabajos ha tenido en los últimos 18 meses? \_\_\_\_\_

Díganos sobre su último trabajo, por qué lo dejó y qué hubiera ayudado a que usted conservará el trabajo.

¿Ha realizado trabajo voluntario o servicios comunitarios? Sí  No

Díganos sobre tu trabajo voluntario o servicio comunitario.

Díganos que tipo de trabajo le gustaría tener y por qué.

Es posible que deba mudarse o viajar diariamente al trabajar. Díganos cómo se siente al respecto.

¿Ha servido en las fuerzas armadas? Sí  No

¿Es elegible para recibir beneficios militares? Sí  No  En caso afirmativo, ¿los ha solicitado? Sí  No

## SU EDUCACIÓN

¿Cuál fue el grado escolar más alto que completó en la escuela? \_\_\_\_\_ ¿Año? \_\_\_\_ ¿Tuvo un IEP? Sí  No

Díganos sobre cualquier clase especial en la que estuvo:

Díganos sobre sus títulos o certificaciones:

¿La resulta fácil leer este formulario? Sí  No  Si no, díganos por qué.

### SU SALUD

¿Tiene problemas médicos / de salud mental que podrían afectar su trabajo?      Sí      No

➤ En caso afirmativo, ¿está bajo el cuidado de un médico?      Sí      No

¿Usted o alguien en su hogar consume bebidas alcohólicas o medicamentos no recetados?      Sí      No

¿Le ha dicho alguna vez un médico que reduzca o deje de consumir alcohol o drogas?      Sí      No

¿Podría pasar hoy una prueba de detección de drogas solicitada por un empleador?      Sí      No

¿Usted o sus hijos están siendo amenazados, lesionados o lastimados de alguna manera por alguien en su vida?  
*(El daño puede incluir cosas como acechar o amenazar con lastimarlo a usted, a sus hijos, a sus mascotas u otra familiares o amigos, empujar, agarrar, abofetear, golpear, estrangular o sujetarlo a la fuerza; constantemente despreciarlo o decirle que no vale nada; cualquier tipo de contacto sexual no deseado).*      Sí      No

¿Trabajar, buscar trabajo o ir a la escuela, lo pondría a usted o a sus hijos en peligro de abuso físico, emocional o sexual?  
Sí      No

### SUS FINANZAS

¿Qué otros ingresos tiene que podrían ser de ayuda para usted?

¿Está en peligro de desalojo?      Sí      No      ¿Está en peligro de que lo desconecten de algún servicio público?      Sí      No

¿Cuáles facturas o deudas tiene?

Otro

### SUS FORTALEZAS

¿Díganos sobre sus fortalezas y talentos especiales?

¿Qué ayuda necesita para comenzar a lograr el objetivo de mantenerse a sí mismo y a su familia?

Cuidado de niños            Asistencia para transporte            Obtener manutención de los hijos     

Educación o capacitación            Consejería sobre drogas o alcohol            Ayuda para abuso doméstica     

Experiencia laboral            Ropa o herramientas de trabajo            Necesita recertificación     

Necesita un teléfono o Internet            Necesita una licencia de conducir            Otra     

**Tras la aprobación de TANF, se le pedirá que complete una entrevista con un Career Navigator. Por favor, marque la casilla a continuación para saber cómo le gustaría completar su entrevista.**

En persona en su oficina local del DCF.

Microsoft TEAMS: Por favor provea un correo electrónico válida para la invitación: \_\_\_\_\_

Por teléfono – Por favor, provea un número de teléfono válido: \_\_\_\_\_

**La información anterior es correcta según mi leal saber y entender. Si no completa este formulario, podría resultar en que se rechace su solicitud de beneficios en efectivo.**

**FIRMADO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social:      XXX-XX-\_\_\_\_\_