

FORMULARIO DE AUTOEVALUACIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo nombre Edad

Dirección: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono para mensajes: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuántas personas viven en el hogar?: _____ ¿Cuántos niños?: _____

Marque cuál de los siguientes describe su hogar:

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

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

¿Qué ayuda cree 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 Correccional, etc.?

Sí ___ No ___ En caso AFIRMATIVO, indique la organización: _____

SUS ANTECEDENTES LABORALES:

¿Cuántos trabajos ha tenido en los últimos 18 meses? _____

¿Ha realizado trabajo voluntario o servicios comunitarios? ___ Sí ___ No

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

Díganos sobre su trabajo voluntario o servicio comunitario. _____

Díganos qué 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? ___ ¿Es elegible para recibir beneficios militares? ___ En caso afirmativo, ¿los ha solicitado? _____

SU EDUCACIÓN:

¿Cuál fue el grado escolar más alto que completó en la escuela? ___ ¿Año? ___ ¿Tuvo un IEP? _____

Díganos sobre cualquier clase especial en la que estuvo. _____

Díganos sobre sus títulos o certificaciones. _____

¿Le resulta fácil leer este formulario? ___ En caso negativo, díganos por qué. _____

FORMULARIO DE AUTOEVALUACIÓN

SU SALUD:

¿Tiene problemas médicos que podrían afectar su trabajo? _____ En caso afirmativo, ¿está bajo el cuidado de un médico? _____

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

¿Le ha dicho alguna vez un médico que reduzca o deje de consumir alcohol o drogas? _____

¿Podría pasar hoy una prueba de detección de drogas solicitada por un empleador? _____

¿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 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 _____ que lo desconecten de algún servicio público _____

¿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 _____ Educación/capacitación

_____ Obtener manutención de hijos _____ Consejería sobre drogas/alcohol _____ Experiencia laboral

_____ Ayuda para abuso doméstico _____ Necesita un teléfono _____ Necesita nueva certificación

_____ Ropa/herramientas de trabajo _____ Necesita una licencia de conducir _____ Otra

Tras la aprobación de TANF, se le pedirá que completa una entrevista con el Navegador de Carrera. Por favor, marque la casilla a continuación para saber cómo le gustaría completar su entrevista:

_____ En Persona en su oficina local del DCF

_____ Por Equipos de Microsoft - Por favor provea una dirección de 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: _____

Firma del cliente

Número de Seguro Social: XXX-XX- _____