

LA VIVIENDA

El Estatus de su vivienda actual (favor de marcar lo que se le aplica)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apartamento | <input type="checkbox"/> Cárcel, Prisión, Facilidad Juvenil |
| <input type="checkbox"/> Casa (dueño o arrienda) | <input type="checkbox"/> Hospital Siquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Vive en la calle | <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Edificio o casa abandonados, tienda, carro, etc. | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Refugio gratis de emergencia | <input type="checkbox"/> Situación de violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Misión gratis: YWCA | <input type="checkbox"/> Hogar subsidiado |
| <input type="checkbox"/> Vive con familiares, amigos, etc. | <input type="checkbox"/> Hotel/Motel |
| <input type="checkbox"/> Vivienda compartida | |
| <input type="checkbox"/> Algún otro: (explique) _____ | |

Las Direcciones de donde ha vivido en los últimos dos (2) años:

Dirección	Fechas	Razón de su Salida
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		

¿Alguna vez ha sido desalojado? Sí No

¿Cuántas veces? _____ ¿Por qué? _____

¿Ha causado usted, o algún miembro de su casa, daño a bienes raíces (sea accidental o intencionalmente) a alguna unidad de arriendo en los últimos 3 años? Sí No

Favor de explicar: _____

¿En los últimos tres años, ha estado usted, o algún miembro de su casa, endeudado con algún dueño de casa por causa de daño a bienes raíces? Sí No

Favor de explicar: _____

Si está sin techo, ¿hace cuánto tiempo está sin techo?

¿Cuántas veces se ha cambiado de casa en los últimos 2 años?

¿Cuántas veces ha estado sin techo en los últimos 2 años?

¿Cuál es el código postal de su última residencia permanente?

¿Se siente segura en su vivienda actual? Sí No

¿Está al alcance de su bolsillo? Sí No

¿Cree que el dueño de su casa la mantiene bien? Sí No

¿Puede mantener bien a su domicilio? Sí No

#3

#6

¿Acaso tiene alguno de estos problemas en su vivienda actual?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cucarachas/bichos | <input type="checkbox"/> Mala instalación eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Roedores/animales | <input type="checkbox"/> Hace falta pintura |
| <input type="checkbox"/> Ventanas rotas/que faltan | <input type="checkbox"/> Mala estructura |
| <input type="checkbox"/> Falta de protección a la intemperie | <input type="checkbox"/> Techo malo |
| <input type="checkbox"/> Los aparatos eléctricos en mala condición | <input type="checkbox"/> Mala unidad de calefacción |
| <input type="checkbox"/> Malas cañerías | <input type="checkbox"/> Sin/mal sistema de aire acondicionado |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

UN RESUMEN DE PROBLEMAS

Favor de marcar cualquiera experiencia suya propia:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Superviviente adulto de abuso sexual o incesto de niña | <input type="checkbox"/> Hija adulta de un alcohólico |
| <input type="checkbox"/> Superviviente adulto de abuso físico como niña | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Superviviente adulto de abuso emocional o negligencia como niña | <input type="checkbox"/> Enfermedad física crónica |
| <input type="checkbox"/> Víctima actual de violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Niño/a con necesidad especial |
| <input type="checkbox"/> Víctima anterior de violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Víctima adulta de asalto sexual |
| <input type="checkbox"/> Consumidora anterior de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Familia que enfrenta múltiples problemas |
| <input type="checkbox"/> Documentos oficiales de encarcelamiento | <input type="checkbox"/> Niño/a víctima de asalto sexual actual o pasado |
| <input type="checkbox"/> Culpable actualmente de negligencia o abuso de niños | <input type="checkbox"/> Niño/a superviviente de abuso físico o emocional |
| <input type="checkbox"/> Culpable anteriormente de negligencia o abuso de niños | |

¿Habrá algo que nos permitiría ayudarla mejor acerca de su persona que tal vez pueda interferir con su habilidad de beneficiar de este programa?

¿Habrá algo que nos permitiría ayudarla mejor acerca de su persona que influenciaría o mejoraría su posibilidad de sacar provecho de este programa?

EL SERVICIO MILITAR

¿Ha prestado el servicio militar? Sí No

¿Qué cuerpo del ejército y cuándo? _____

¿Qué tipo de baja del ejército le fue dado? _____

LA EDUCACIÓN

¿Cuál es el nivel escolar más alto que completó? _____

¿Completó GED Escuela Secundaria Universidad Escuela Técnica Maestría

Algún otro entrenamiento/estudios _____

¿Recibió alguna vez un curso de educación especial? Sí No

Si la respuesta es que "sí", ¿en qué materia(s) y en qué grado? _____

¿Está actualmente asistiendo a clases? Sí No

Si la respuesta es que "sí": De tiempo completo De tiempo parcial

Si la respuesta es que "sí", ¿en dónde? _____

Si la respuesta es que "no", el nombre de la última escuela/colegio al que asistió:

¿Cuál es la nota promedio que recibió? _____

¿Cuáles materias le gustó más? _____

¿Sabe escribir a máquina? Sí No

¿Tiene competencia en la computadora? Sí No

Si la respuesta es que "sí", ¿cuál software domina? _____

Enumere sus licencias profesionales y/o del oficio. _____

¿Cuáles son sus pasatiempos e intereses favoritos?

EL TRANSPORTE

¿Tiene una licencia de manejo válido? Sí No

¿Tiene un auto o puede usar el coche de alguien? Sí No

Si la respuesta es que "sí", ¿quién es el dueño? _____

La Marca, el Modelo, el Año y el Número de licencia _____

¿El coche tiene aseguranza? Sí No

LO JURÍDICO

La Información aquí suministrada no se usará para establecer su derecho a entrar a El Puente, salvo que haya sido declarado culpable de un crimen violento o de naturaleza sexual.

¿Alguna vez haya sido declarada culpable de un crimen? Sí No

Si la respuesta es que "sí", favor de explicar la(s) acusación(es), la condena, y las fechas.

¿Está actualmente involucrada en alguna acción legal? (divorcio, pleito, demanda, criminal, civil?) Sí No

Si la respuesta es que "sí", favor de explicar en detalle.

¿Algún miembro de su familia haya sido declarado culpable de un delito menor o grave? Sí No

Si la respuesta es que "sí", favor de explicar la condena, la fecha y el lugar.

¿Algún miembro de su familia actualmente, o en el pasado, ha tenido alguna acusación o condena relacionada con el tráfico de drogas? Sí No

Si la respuesta es que "sí", favor de explicar quién, qué, cuándo y dónde.

LA SALUD

¿Está embarazada? Sí No

Si la respuesta es que "sí", ¿para qué mes espera dar a luz? _____

¿Algún miembro de su familia ha tenido o actualmente tiene problema:

<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Discapacidad provisional
<input type="checkbox"/> Auditivos	<input type="checkbox"/> Discapacidad permanente
<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Emocional/psicológico
<input type="checkbox"/> Del Habla	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica	<input type="checkbox"/> Abuso físico/sexual
<input type="checkbox"/> Otro _____	

#6

¿Tiene un médico/doctor que siempre le atiende? ___ Sí ___ No

Si la respuesta es que "sí", nombre y dirección: _____

¿Se considera estar bien de salud? ___ Sí ___ No

Si la respuesta es que "no", favor de explicar.

¿Está actualmente medicado? ___ Sí ___ No

Si la respuesta es que "sí", enumere todos los medicamentos, el dosis, y cuán a menudo los toma.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cree que su apariencia o su arreglo personal
