



TLP/SHP

Solicitud de admisión

For Service Coordinator to complete:

Name of Service Coordinator: _____ Youth ID#: _____ Type of Funding: _____

Date of Assessment: _____ Anticipated Admission Date: _____

Información personal

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono(otro): _____

Correo Electronico: _____ Método de contacto preferido: _____

Edad: _____ Dia de nacimiento : _____ Lugar de nacimiento(Ciudad,Estado): _____

Fecha de Aplicacion: _____

Raza: ___ Afroamericano ___ Indio Americano ___ Asiático ___ Hispano ___ Raza blanco ___ Opción no proporcionada

Afiliación tribal: _____

Origen étnico: ___ No-Hispano/Latino ___ Hispano/Latino ___ Opción no proporcionada

Orientación sexual: ___ Bisexual ___ Gay ___ Heterosexual ___ Otro

Identidad de género: ___ Masculino ___ Femenino ___ Transgénero ___ Otro

Preferida pronombre (i.e. el, ellas,ellos): _____

¿Tienes hijos?: ___ Si ___ No Si es así,
nombres y edades de los niños:

Número de seguro social (si corresponde): _____

Identificación del estado/número de licencia del conductor: _____

Idioma primario: _____

Otros idiomas: _____

¿Cuál de los siguientes describe mejor el último lugar que durmió:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluyendo Hotel o Motel pagado con un vale de refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Alojarse o vivir en la habitación de un amigo, apartamento o casa |
| <input type="checkbox"/> Hogar de acogida o grupo de cuidado sustituto | <input type="checkbox"/> Tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación |
| <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria para personas sin hogar (incl. jóvenes sin hogar) |
| <input type="checkbox"/> Hotel o Motel pagado sin un bono de refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Prisión, prisión o centro de detención de menores | <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente con subsidio de vivienda VASH |
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidados a largo plazo o asilo de ancianos | <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente con subsidio de la extremidad del PIB |
| <input type="checkbox"/> Vivienda permanente para personas anteriormente sin hogar (por ejemplo, proyecto COC, HUD Legacy Programs, HOPWA pH) | <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente con otro subsidio de vivienda en curso |
| <input type="checkbox"/> Lugar no significado para la habitación (e.g., vehículo, edificio abandonado, autobús/tren/estación/Aeropuerto del subterráneo, afuera dondequiera) | <input type="checkbox"/> Casa propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso |
| <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Casa propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso |
| <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de reinserción con criterios sin hogar | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Refugio seguro | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Alojarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un familiar | Si otro, especifique:
_____ |

Estado actual de la relación: Soltero/a: ____ Casado/a: ____ Divorciado/a: ____ Separado/a: _____

¿Está usted actualmente en una relación con alguien? Si ____ No ____

Si es así, ¿cuánto tiempo? _____

¿está actualmente en libertad condicional o alguna vez ha tenido problemas con la ley? ____ Si ____ No

Si es así, por favor explique: _____

Persona de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación con usted: _____

Domicilio: _____ Numero de Telefono: _____

Nombre del trabajador social (si corresponde) _____ Numero de Telefono: _____

Informacion de evaluacion social

Por favor, responda todas las preguntas, sin dejar ninguna pregunta en blanco. Puede que no tengas respuestas definitivas ahora, pero escribe lo que creas que es verdad.

1 . Que te refirió a Casa de Libertad?

___ Remisión de uno mismo ___ Divulgación callejera ___ Refugio temporal

___ Programa residencial ___ Justicia juvenil ___ Aplicación de la ley

___ Amigo/a ___ Otra agencia comunitaria

2. Describa cuáles han sido los últimos tres meses para usted y/o su hijo/a?

Por favor describa: arreglo de vida, empleo, salud, y relaciones/apoyo familiar, transporte, etc.

3. ¿Por qué ha decidido solicitar el programa? ¿Qué esperas ganar?

Informacion Medica

1. ¿Tiene usted discapacidades físicas o ¿tiene usted discapacidades físicas o mentales o limitaciones, mentales, o limitaciones? Si _____ No _____

2. ¿Ha tenido alguna vez una lesión cerebral traumática? Si _____ No _____
En caso afirmativo, por favor describir:

3. ¿Está tomando algún medicamento actualmente? Si _____ No _____ En caso afirmativo, por favor describa:

Asesoramiento

1. ¿Ha estado en otra residencia, hospital, o centro de tratamiento en el pasado?

Si _____ No _____

Si es así, ¿Cuándo, dónde y con qué propósito?

2. ¿Ha visitado alguna vez con un psicólogo, consejero o terapeuta en el pasado?

Si _____ No _____

Si es así, cuando, con quién, y con qué propósito:

3. ¿Tiene antecedentes de intentos de suicidio o de comportamiento autolesionante?

Si _____ No _____ En caso afirmativo, sírvase dar información adicional (es decir, ¿Cuándo, cómo y por qué)? : _____

Por favor, marque todo lo que se aplican a usted ahora o se han aplicado a usted en el pasado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual | <input type="checkbox"/> No se puede hablar abiertamente con/padre (s) |
| <input type="checkbox"/> Maltrato físico | <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Abuso emocional | <input type="checkbox"/> Problemas viviendo independientemente |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Confundido acerca de qué hacer |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Bajo mucho estrés |

Informacion Conductual

1. ¿Qué es lo que parece cuando estás enojado?

¿Qué aspecto tiene cuando se siente triste? _____

¿Cómo prefiere que el personal responda cuando está enojado/ triste?

¿Cómo manejará su temperamento para que no se descontrola o involucre a los otros residentes en sus sentimientos?

Informacion sobre la Educacion

Estado de la escuela: ___ actualmente en la escuela ___ en un programa de GED ___ Graduado ___ abandonó de escuela

Educación especial: ___ Si ___ No

Educación formal completada: _____ Nivel de grado completado
_____ Diploma de bachillerato
_____ GED
_____ Años de Universidad
_____ Diploma universitario
_____ Otro:

La escuela secundaria o la Universidad asistido: _____

Calificaciones medias obtenidas _____

Temas favoritos: _____

Asignaturas menos favoritas: _____

Formación profesional: _____

Empleo

¿Tiene actualmente un trabajo? Si ___ No ___
Si no, esta buscando trabajo? Si ___ No ___

Si es así, ¿cuánto tiempo ha trabajado en su trabajo actual? _____
¿En qué trabaja? _____ ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

Ingreso personal: \$ _____ por: _____ Hora _____ Semana _____ Mes _____ Año _____

Si usted ha trabajado en el pasado, por favor describa la historia del empleo (Esto incluiría qué tipo de trabajos, fechas de empleo):

Si usted está actualmente empleado cual es su horario del trabajo:

¿Qué tipo de empleo le interesa encontrar?

Informacion Familiar

¿Su madre biológica está viva? _____ Si _____ No

Nombre: _____

Domicilio: _____

Numero de telefono: _____

¿Cómo es su relación con su madre? _____

¿Su padre biológico está vivo? _____ Si _____ No

Nombre: _____

Domicilio: _____

Numero de telefono: _____

¿Cómo es su relación con su padre? _____

Por favor especifique a otros miembros significativos de la familia o amigos que han sido una fuente de apoyo para usted:

Nombre: _____ Relacion: _____

Domicilio: _____ Numero de telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Domicilio: _____ Numero de telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Domicilio: _____ Numero de Telefono: _____

Metas

¿Cuáles son sus metas educativas?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Cuáles son sus objetivos de empleo?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Cuáles son sus intereses o aficiones?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Hay clases o programas que desee iniciar, o actividades que le gustaría hacer más? (es decir, una clase de fitness, leer más libros, unirse al equipo de fútbol)

¿Qué habilidades para la vida son importantes para que usted aprenda?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Cuál cree que es su mayor desafío en la vida?

¿Cómo puede este programa de vida transicional ayudarle a través de este desafío?

Informacion sobre su hijo

(TLP sólo puede aceptar un solicitante de familia con un hijo)

Nombre (s) de Hijo (s) (por favor adjunta una hoja adicional si el demandado tiene más hijos)

Nombre: _____ Sexo: ___ M ___ F

Fecha de nacimiento M/D/A: _____ Lugar de nacimiento
ciudad/estado: _____

Numero de seguro social: _____ origen étnico: _____

Madre/padre del niño (el otro padre):

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo. ___

Apodo: _____ Nacionalidad/ origen étnico: _____

Domicilio: _____

Numero de Telefono: _____

Describa la relación entre usted y su hijo (es decir, la custodia, el tiempo que pasa con el niño, las actividades que realiza con su hijo):

Describa la relación entre usted y el otro padre del niño:

Describir la relación entre usted y el otro padre del niño:

¿Tiene su hijo (s) discapacidades físicas o mentales o limitaciones? Si ___ No ___ En caso afirmativo, sírvase describir:

Medicamentos que toma su hijo (s)? Por favor enumere y indique su propósito:

¿Algún medicamento, alimento, insecto u otras alergias para su hijo (s)? Si es así, por favor enumere y describa:

Necesidades emocionales:

Necesidades intelectuales/escolares:

¿Está dispuesto a participar en la gestión de casos, intervenciones de salud y educación con el Coordinador de la juventud embarazada y la crianza de los hijos?

¿Hay algo adicional que le gustaría que sepamos sobre usted o su hijo (s)?
