

# Compassion Ministries Application Intake

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino  
 Cabeza de familia?  Sí  No Si no, el nombre del jefe del hogar: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 ID o DL#: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Expira: \_\_\_\_\_ ¿Está usted embarazada?  Sí  No  
 Email: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ ¿Es usted un veterano?  Sí  No

¿Tiene un coche?:  Sí  No  
 En caso afirmativo, Tipo \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Numero de Placas \_\_\_\_\_

Ethnicidad:  Hispana  No Hispana

Remisión:

Raza: (Marque todo lo que corresponda)

¿Cómo aprendiste acerca de los Ministerios de Compasión?

- Americano nativo / alaskana nativo
- Asiana
- Negro / afroamericano
- Hawaii / otra isla del Pacífico
- Blanco

- Amigo/familia
- Iglesia
- 2-1-1/Otra agencia: \_\_\_\_\_
- De la computadora
- Otra residente: \_\_\_\_\_

Educación:

1. Grado más alto completado (marque uno): 6  7  8  9  10  11  12

¿Se graduó de la escuela secundaria o recibir un GED?  Sí  No

Nombre de la escuela secundaria: \_\_\_\_\_

2. Colegio Técnico ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Años de estudio \_\_\_\_\_ Mayor \_\_\_\_\_

3. Formación especiales / Habilidades: \_\_\_\_\_

Vivienda:

¿De dónde ha dormido esta noche \_\_\_\_\_ Duración de la estancia: \_\_\_\_\_

Situación de la vivienda (marque uno)

¿Por cuánto tiempo? (marque uno)

- Sin hogar
- En riesgo de perder la vivienda / falta de vivienda
- Huyendo de la violencia doméstica

- Menos de una semana
- Más de una semana, pero menos de un mes
- Más de tres meses, pero menos de un año

¿Ha estado sin hogar antes?  Sí  No

Período de tiempo en la calle, en un refugio de emergencia, o hotel: \_\_\_\_\_

Número de veces que ha sido sin hogar en los últimos 3 años? \_\_\_\_\_

¿Se ha alojado en Compasión Ministerios antes?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha vivido en las viviendas de gobierno antes?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Debe dinero?  Sí  No ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has roto un contrato de alquiler o arrendamiento, o has sido desalojado?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Debe dinero?  Sí  No ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

# Compassion Ministries

## Application Intake

### Fuentes de ingresos: (marque todas las que se aplican a usted)

- |   |               |          |
|---|---------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Ingreso del Trabajo  | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> TANF                 | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Mantamiento de niños | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios Veteranos | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSDI             | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros (explicar)     | Monto mensual | \$ _____ |

¿Aplicó para SSI o SSDI?  Sí  No

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

### Beneficios No-Cash: (marque todas las que se aplican a usted)

- SNAP (estampias de alimentos) cantidad mensual: \_\_\_\_\_
- WIC (Mujeres, Bebés, Niños)
- CCS (Servicios de Cuidado Infantil)
- Adultos Medicaid

### Historia de Empleo:

¿Trabaja?  Sí  No

1. Empleo actual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tiempo completo (> 35 hrs / sem)  Tiempo parcial  Permanente  Temporal

Le paga:  Cada semana  Cada 15 días  Cada mes

2. ¿Cuánto cada hora or día?: \_\_\_\_\_

Si no está trabajando, ¿dónde presentar las solicitudes la semana pasada? \_\_\_\_\_

3. Empleo Anterior:

A.Nombre De Empresa \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio \_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_ Número medio de horas trabajadas cada semana \_\_\_\_

B.Nombre De Empresa \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio \_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_ Número medio de horas trabajadas cada semana \_\_\_\_

### Información Bancaria:

Cuenta bancaria:  Sí  No

En caso afirmativo, (marque todo lo que corresponda):

Comprobación  Tarjeta de débito

Ahorros  Tarjeta de crédito

Nombre del banco: \_\_\_\_\_

# Compassion Ministries

## Application Intake

### Situación legal:

¿Ha sido **arrestado** en el pasado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**¿Dónde ocurrió delito?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Cuándo?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**De que era la ofensa:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Está de Probation o Parole?  Sí  No Nombre y teléfono del supervisor: \_\_\_\_\_

---

### Información médica:

Seguranza: (marque todo lo que aplique a ti)

- Ninguna
- Seguro privado del empleo
- Medicaid para adultos
- Tarjeta de Buena Salud

### Pasado y medicina actual:

1. ¿Cuál medicina esta tomando ahora: \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez ha estado con sed enfermedad mental?  Sí  No  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez ha estado un cliente de MHMR?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido admitido de DePaul o el Austin State Hospital?  Sí  No  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_

### Abuso de Sustancias / Tratamiento

1. ¿Cuándo fue la última vez que utilizó drogas o alcohol? \_\_\_\_\_  
¿Qué fue? \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez ha admitido a cotización o completado un programa de tratamiento de drogas / alcohol?  
 Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

### Nombre de Contacto de Emergencia:

Nombre/Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### Nombre de un Familiar:

Nombre/Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### ¿Tiene hijos que están con usted?:

Sí  No

### Complete la siguiente sección sobre ellos:

#### Beneficios (marque todas las que aplican a sus hijos)

- Ninguno
- WIC (Mujeres, Bebés, Niños)
- CCS (Servicios de Cuidado Infantil)
- Medicaid/CHIP
- Seguranza Privados del empleo

¿Usted ha tenido un caso de CPS?  Sí  No ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Es el caso actualmente abierto en este momento?  Sí  No

El nombre y teléfono del trabajador: \_\_\_\_\_

# Compassion Ministries

## Application Intake

### Los niños que están con usted:

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_

Mujer     Varon

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Raza:

Americano Nativo / alaskana Nativo

Asiana

Negro / afroamericano

Hawai / otra isla del Pacifico

Blanco

**Ethnicidad:**  Hispana     No Hispana

Problema medico?     Sí     No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Escuela /Guadaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Última escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Las necesidades educativas especiales: \_\_\_\_\_

---

2. Nombre completo: \_\_\_\_\_

Mujer     Varon

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Raza:

Americano Nativo / alaskana Nativo

Asiana

Negro / afroamericano

Hawai / otra isla del Pacifico

Blanco

**Ethnicidad:**  Hispana     No Hispana

Problema medico?     Sí     No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Escuela /Guadaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Última escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Las necesidades educativas especiales: \_\_\_\_\_

---

3. Nombre completo: \_\_\_\_\_

Mujer     Varon

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Raza:

Americano Nativo / alaskana Nativo

Asiana

Negro / afroamericano

Hawai / otra isla del Pacifico

Blanco

**Ethnicidad:**  Hispana     No Hispana

Problema medico?     Sí     No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Escuela /Guadaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Última escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Las necesidades educativas especiales: \_\_\_\_\_

---

# Compassion Ministries

## Application Intake

4. Nombre completo: \_\_\_\_\_

Mujer     Varon

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_

Problema medico?     Sí     No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Escuela /Guadaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Última escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Las necesidades educativas especiales: \_\_\_\_\_

### Raza:

Americano Nativo / alaskana Nativo

Asiana

Negro / afroamericano

Hawai / otra isla del Pacifico

Blanco

**Ethnicidad:**     Hispana     No Hispana

---

### (Office use only)

Interviewer: \_\_\_\_\_

Staff Comments:

#### **Literally Homeless**

- Living in a place not meant for human habitation
- Living in a public or private shelter (incl. motels paid for by charitable organizations)
- Exiting an institution (90 days or less) and resided in shelter or place not for human habitation prior

#### **Imminent Risk of Homelessness**

- Formal eviction
- Family/friend eviction
- Exiting an institution where they resided more than 90 days
- Living in motel, paid by individuals