

EVALUACIÓN OBJETIVA

FECHA: ___/___/___

¿Está completando esto con un participante actual de TANF ? Sí No

FECHA(S) DE NUEVA EVALUACIÓN: _____

Información para participantes

Nombre : _____ Número de teléfono: _____

Idioma principal hablado: _____

Dirección física: _____

Dirección de envío: _____

Correo electrónico: _____

del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Acceso a Internet

¿Tiene usted un teléfono inteligente que funcione? Sí No ¿Datos ilimitados? Sí No

Proveedor de telefonía celular: _____ **¿pago por uso o plan mensual ?** _____

¿Tiene usted acceso confiable a Wi-Fi? Sí No Proveedor de Wi-Fi : _____

¿Tiene una computadora, computadora portátil o tableta con capacidades de audio y video para reunirse virtualmente?

 Sí No

¿Qué le hizo decidirse a buscar servicios?

¿Qué objetivos espera alcanzar mientras trabaja con nosotros? ¿Has tomado ya algún paso hacia esos objetivos? ¿Qué funcionó y qué no?

Educación

Diploma de escuela secundaria o GED recibido de: _____ Año: _____

Si no lo completó, ¿cuál fue el último grado que completó?

Grado: Año de finalización: Escuela:

¿Está actualmente asistiendo a la escuela secundaria o participando en un programa de alfabetización o de GED ?

 Sí No

Si es así, ¿dónde? _____

¿Estás interesado en obtener tu diploma o GED? Sí No NA

Si es así, ¿qué le impide obtener su diploma o GED? _____

Si es así, ¿qué ayuda podría utilizar para obtener su diploma o GED? _____

¿Tienes algún tipo de educación más allá de la secundaria? (es decir, colegio, escuela vocacional, certificados de adiestramiento) Sí No

Si es así, ¿qué estudiaste?

Si es así, ¿obtuvo alguna credencial como un diploma , certificado , título, doctorado, etc.?

¿Quieres explorar la posibilidad de ampliar tu educación? Sí No

Si es así, ¿qué campo de estudio está interesado en seguir?

Encierre en un círculo lo que corresponda:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Necesita servicios de interpretación | <input type="checkbox"/> Necesita solicitar ayuda financiera (FAFSA) |
| <input type="checkbox"/> Actualmente inscrito en ABE/Alfabetización o ESL | <input type="checkbox"/> Se le otorgó o actualmente recibe ayuda financiera |
| <input type="checkbox"/> Por debajo del nivel de grado para la edad (solo jóvenes) | <input type="checkbox"/> Becas Pell otorgadas o actualmente recibidas |
| <input type="checkbox"/> No lector | <input type="checkbox"/> Beca otorgada/recibida actualmente del Programa de premios monetarios (MAP) |
| <input type="checkbox"/> Carece de conocimientos informáticos | |

Participación del sistema de justicia

¿Está usted o ha estado alguna vez involucrado en el sistema de justicia? Sí No

Si es así , ¿cuál es su estado actual?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Bajo supervisión | <input type="checkbox"/> Arresto domiciliario/confinamiento en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Encarcelado | <input type="checkbox"/> Programa de liberación laboral | <input type="checkbox"/> Anteriormente encarcelado(a) y no en libertad condicional |
| <input type="checkbox"/> En libertad condicional | <input type="checkbox"/> Casa a mitad de camino | |
| <input type="checkbox"/> En libertad condicional | <input type="checkbox"/> Sobre el cuidado posterior | |

Tipo(s) de condena: Delito menor Delito grave No estoy seguro Otro

Fecha de condena: ___/___/___ Fecha de alta: ___/___/___

Otras cuestiones legales:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> reclamación de indemnización laboral existente/pendiente | <input type="checkbox"/> El tribunal ordenó pago la manutención de los hijos | <input type="checkbox"/> Embargo de salario |
|---|--|---|

Si está en libertad condicional/bajo palabra/cuidado posterior, ¿quién es su oficial de libertad condicional/agente de libertad condicional/JCA? ¿Qué requisitos tienes con esta agencia?

¿Tiene alguna orden de arresto, citación, cargos pendientes o fechas de audiencias judiciales programadas? Sí No

En caso **afirmativo** , por favor explique:

Preparación para el lugar de trabajo

¿Los factores motivacionales han afectado el empleo?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Actitud negativa | <input type="checkbox"/> Problemas en las relaciones entre compañeros de trabajo | <input type="checkbox"/> No hay objetivos claramente definidos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de puntualidad | <input type="checkbox"/> Problemas para tomar decisiones claras | <input type="checkbox"/> Otro: |

¿Se aplica alguna de estas situaciones?

- Habilidades trabajo obsoletas Cuotas sindicales atrasadas Licencia ocupacional vencida/revocada

Evaluación de acceso

¿Alguna de estas tareas es difícil de realizar de forma independiente?

- Ninguno Hablando Interactuando con otros
 Vidente Usando las manos Aprendiendo o pensando
 Audiencia Cómo moverse

¿Se necesita alguno de estos elementos para obtener adiestramiento o empleo?

- Ninguno Entrenamiento personal Tomadores de notas para reuniones periódicas
 Ayuda con la escritura Ambiente libre de olores Instalaciones accesibles para sillas de ruedas
 Material grabado en audio Lupa de pantalla Interpretaciones (incluye lenguaje de señas)
 Flexibilidad (es decir, horarios) Lector de pantalla Consideraciones sobre la medicación
 Materiales en Braille Materiales en letra grande Materiales en formato electrónico
 Recordatorios de reuniones Dispositivos de visualización de prueba/TTY Videoteléfono

Empleo

¿Estás trabajando actualmente? Sí No

Si es así, ¿dónde?

Si no, ¿quién fue su empleador(a) más reciente?

¿Horas por semana?

¿Salario?

Fechas de empleo:

¿Por qué dejaste este empleo?

- Abandonar Despedido No se presentó Problemas médicos Licencia de maternidad
 Despedido Estacional El trabajo era temporal Otro:

¿Tiene documentación I-9 para verificar que está autorizado para trabajo en los Estados Unidos? Sí No

Si no, ¿qué documentación te falta?

¿Qué tipo de empleo o carrera estás buscando?

Tipo de empleo deseado (marque todas las opciones que correspondan)

- Regular (Permanente) Contrato Aprendizaje
 Temporario Voluntario Capacitación en el trabajo (OJT)
 Estacional Pasantía Inseguro
 Tiempo parcial Tiempo completo

Horas

Tiempo parcial

Tiempo completo

Preferencias de cambio

Día

Tarde

Swing

Fin de semana Solamente

Cualquier

Monto de sueldo, salario deseado: \$ _____ Cada hora Mensual Anual
 Beneficios necesarios: Salud Licencia por enfermedad remunerada Vacaciones pagadas Jubilación

Distancia más larga que está dispuesto a recorrer (especifique si es de ida o de ida y vuelta): _____

¿Necesita ayuda para planificar su trayectoria profesional? Sí No
 ¿Necesita ayuda para buscar adiestramiento o educación? Sí No

Necesidades de vestimenta de trabajo: Uniformes Ropa para entrevistas Herramientas/Equipos

Necesidades de búsqueda de empleo

¿Estás buscando trabajo actualmente? Sí No
 Si es así, ¿cómo estás buscando trabajo? (es decir, en línea, periódico, etc.)

¿Cómo podemos ayudarle en su búsqueda de empleo?

Tiene:

- Un currículum pulido No tiene currículum
 Un currículum que requiere revisiones Referencias apropiadas

Al completar las solicitudes, ¿necesita:

- Asistencia con minuciosidad ayuda con el orden
 Ayudar a abordar cuestiones delicadas Ayuda para resumir habilidades o historial laboral

Considerando sus habilidades para las entrevistas, ¿tiene áreas de mejora? (marque todas las que correspondan):

- Cómo dar una primera impresión positiva Necesita ayuda para desarrollar preguntas para el entrevistador.
 Centrándose en una actitud positiva Puede beneficio realizar una entrevista simulada o responder a preguntas frecuentes.
 Necesita vestimenta adecuada para la entrevista. Dificultad para explicar la experiencia trabajo y las habilidades
 Habilidades de comunicación Necesita ayuda para investigar la información del mercado laboral (LMI)

Comprueba tus fortalezas y/o experiencia individuales:

| | | |
|----------------------------|---|---------------------------------|
| Puntual | Experiencia clerical | Motivado |
| Resolución de problemas | Le gusta ayudar a los demás. | Le gusta trabajar con niños. |
| Confiable | trabajador(a) duro | Limpieza |
| Organizando | Habilidades presupuestarias | Cocinando |
| Experiencia de supervisión | Habilidades de mecanografía competentes | Le gusta trabajar con animales. |
| Académica | Construyendo cosas | Aprendizaje rápido |
| Trabajando en coches | Bueno con los animales | Trabajar en/con computadoras |
| Buen oyente | Experiencia mecánica | Creativo |
| Actitud positiva | Le gusta leer | Autoiniciativo |
| Experiencia en gestión | Administra bien el hogar | Flexible |
| Manejar bien el estrés | Apoyo de familiares y/o amigos | Energético |
| Conciencia cultural | Entusiasta | Hacer las cuestiones |
| Fuerte ética de trabajo | Buen modelo a seguir | Seguro de sí mismo |
| No prejuicioso | Bilingüe | Tomador de riesgos |

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Capaz de tomar decisiones | Conozca los recursos de la comunidad | Leal |
| Buena gestión del tiempo | Siga bien las instrucciones | Honesto |
| Puedo expresarme por escrito. | Habilidades de liderazgo | Actitud positiva |
| Buenas habilidades para padres | Buena apariencia e higiene | Llevarse bien con los demás |
| Capaz de hablar en público | Asistencia regular al trabajo | Comprensión/Empatía |

Transporte

¿Tiene licencia de conducir vigente? Sí No

Si **es así**, ¿tiene licencia de conducir comercial? Sí No

Si **es así**, ¿tiene alguna recomendación?:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Motocicleta de dos o tres ruedas | <input type="checkbox"/> Autobús escolar | <input type="checkbox"/> Remolques dobles y triples |
| <input type="checkbox"/> Clase de vehículo privado | <input type="checkbox"/> Vehículos del gobierno municipal | <input type="checkbox"/> Combinación de materiales peligroso y cisterna |
| <input type="checkbox"/> Vehículos de pasajeros | <input type="checkbox"/> Buques cisterna | |

Si **no**, ¿qué le impide obtener su licencia de conducir?

Suspendidas Restricciones Otras: _____

¿Tiene un vehículo disponible para utilizar? Sí No

En caso **afirmativo** :

¿Es confiable? Sí No ¿Necesita reparaciones? Sí No ¿Está asegurado(a) actualmente? Sí No

¿A nombre de quién está registrado? _____

Si no es usted, relación con el dueño: _____

Si **no**, ¿cómo viaja para sus actividades diarias? _____

¿Es confiable este medio de transporte? Sí No

Si no, ¿cómo viajaría al trabajo o a la actividad laboral?:

financiera y recursos

¿Tiene alguna inquietud respecto a su situación crediticia/financiera?

Seleccione todas las opciones que correspondan:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Interesado en servicios de administración fiscal | <input type="checkbox"/> Mal historial crediticio | <input type="checkbox"/> Quiebra |
| <input type="checkbox"/> Interesado en servicios de consejería de crédito al consumo | <input type="checkbox"/> Préstamo estudiantil en mora | <input type="checkbox"/> Incapacidad para estar vinculado |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para pago facturas, alquiler/hipoteca | <input type="checkbox"/> Deuda de tarjeta de crédito | <input type="checkbox"/> Sin recursos financieros |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | |

¿Ha utilizado alguno de los siguientes recursos en los últimos 6 meses? seleccionar todas las opciones que correspondan:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios del DLR | <input type="checkbox"/> Programas de asistencia local y del condado | <input type="checkbox"/> Programa de trabajadores agrícolas migrantes de temporada |
| <input type="checkbox"/> Job Corps | <input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Subvención en bloque para servicios comunitarios |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza | <input type="checkbox"/> Programas para nativos americanos | <input type="checkbox"/> Trabajadores de la tercera edad (SCSEP) |
| <input type="checkbox"/> Servicios para veteranos | <input type="checkbox"/> Asistencia para el Ajuste Comercial (TAA) | <input type="checkbox"/> Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional (SNAP) | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social |

Necesidades de atención sanitaria

¿Tiene acceso a seguro médico o Medicaid? Sí No

Atención sanitaria para adultos

¿Tiene alguna inquietud con respecto a alguna condición médica o discapacidad que le dificulte obtener o conservar un empleo? Sí No

(Si no, pase a la siguiente sección)

En caso afirmativo, explique por favor:

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico o recibiendo tratamiento para esta condición? Sí No

¿Ha solicitado o está recibiendo beneficios del Seguro Social (SSI/SSDI)? Sí No

Si ha solicitado beneficios, ¿quién (si hay alguien) le está ayudando con su solicitud? _____

Embarazo

¿Está usted o alguna persona de su hogar embarazada actualmente? Sí No **(Si no, pase a la siguiente sección)**

¿Cual es la fecha de vencimiento?

¿La persona embarazada recibe atención prenatal regular? Sí No Si la respuesta es no, explique:

¿Existen problemas de salud relacionados con el embarazo? Sí No Si es así, describa

Salud mental del adulto

¿Tiene preocupaciones relacionadas con la salud mental o emocional que le dificultan conseguir y/o conservar un trabajo? Sí No

(Ejemplos: ansiedad, depresión, trauma/TEPT, duelo/pérdida, relaciones abusivas, abuso físico/emocional, etc.)

(Si no, pase a la sección "Uso de sustancias")

Describe cómo esto afecta tus actividades de la vida diaria. *(Ejemplos: falta o exceso de apetito, todo me supone un esfuerzo, me siento solo, la gente me cae mal, la gente es antipática, estoy infeliz/triste, duermo mal, etc.)*

¿Cómo es tu rutina diaria en lo que respecta al manejo de tu salud mental/emocional? *(Ejemplos: fecha de inicio de los síntomas, desencadenantes, plan de tratamiento, duración prevista, etc.)*

Explique lo que está haciendo actualmente para abordar estas inquietudes: *(Ejemplos: medicación, ver a un consejero, reuniones grupales, etc.)*

Teniendo en cuenta tu salud mental/emocional actual, describe qué tipo de trabajo puedes realizar:

Uso de sustancias

En los últimos 6 meses, ¿el consumo de drogas o alcohol ha afectado negativamente a usted o a su familia? Sí No

(Ejemplos: pérdida de empleo, abandono escolar, relaciones fallidas, problemas de asistencia, etc.)

¿Ha sido condenado por algún cargo relacionado con el alcohol y/o las drogas? *(Ejemplos: DUI, posesión, etc.)* Sí No

En caso afirmativo, explique por favor:

(Si la respuesta a las preguntas anteriores es no, pase a la siguiente sección).

¿Ha participado en algún programa de tratamiento uso de sustancias? Sí No

Si es así: ¿Qué programa? _____ ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

¿Completó el programa con éxito? Sí No

En caso negativo, por favor explique:

¿Siguió usted las recomendaciones del alta? *(Ejemplo: Cuidados posteriores, grupo, etc.)* Sí No

En caso afirmativo, describa:

¿Ha asistido a alguna organización de autoayuda, como AA/NA/GA, o algún otro servicio que le ayude a dejar de consumir alcohol y/o sustancias? Sí No

En caso afirmativo, describa: (Dónde, cuándo, qué programas, servicios, etc.)

Si no, ¿qué servicios o programas le interesan y que pueden apoyar su camino hacia una vida libre de alcohol y/o sustancias?

Niños

¿Tiene usted niños en su hogar? Sí No **(Si no, pase a la sección “Entorno de vida y familiar”)**

Enumere los niños en su hogar, su edad, escuela y/o proveedor de cuidado infantil según corresponda:

| Nombre del niño | Edad | Escuela | Proveedor de cuidado infantil |
|------------------------|-------------|----------------|--------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Niños en edad escolar

¿Tiene hijos que asisten a la escuela? Sí No **(Si no, omita esta sección)**

¿Tienen servicio de cuidado de niños después de la escuela? Sí No
 ¿Tienen cuidado de verano para sus hijos? Sí No
 Si es así, ¿quién es su proveedor de cuidado infantil de verano?

Salud infantil

¿Tiene usted un hijo que requiera atención especializada? Sí No **(Si no, pase a la página siguiente)**
 En caso afirmativo, describa la rutina diaria y los requisitos de cuidado de su(s) hijo(s):

Si es así, ¿ha encontrado un proveedor de cuidado de niños que satisfaga las necesidades específicas de su hijo?
 Sí No
 Si es así ¿quién?

de vida y familiar

Composición del hogar: ¿Con quién vive? (No es necesario enumerar los niños mencionados en la sección anterior):

| Nombre | Relación | Teléfono y/o Email de contacto |
|--------|----------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Nota: Si se proporciona un teléfono/ correo electrónico, ¿esta persona figura en el Formulario 1 y/o es esta una forma alternativa de contacto para el participante?

¿Tiene usted una vivienda estable? Sí No

¿Se aplica alguna de las siguientes situaciones a su situación de vivienda?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sin hogar | <input type="checkbox"/> Vivir en condiciones precarias |
| <input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar | <input type="checkbox"/> Necesita asistencia energética |
| <input type="checkbox"/> Ante un posible desalojo | <input type="checkbox"/> Residir en vivienda pública |
| <input type="checkbox"/> Residiendo en un refugio | <input type="checkbox"/> Vivir con la familia |
| <input type="checkbox"/> Vivir solo | <input type="checkbox"/> Necesito comida en casa |
| <input type="checkbox"/> Recibir asistencia vivienda | <input type="checkbox"/> ¿Tiene algún problema pendiente con una autoridad de vivienda ? |
| <input type="checkbox"/> Alquiler o servicios públicos atrasados | <input type="checkbox"/> Otro: |

¿Tiene alguna inquietud con los miembros de su hogar, como por ejemplo, uso de sustancias, salud mental, falta de apoyo, peleas, incumplimiento de la ley, etc.? Sí No

En caso **afirmativo**, por favor explique:

Seguridad familiar

Durante el último año, ¿ha sufrido alguna violencia doméstica o familiar? Sí No
 En caso afirmativo, explique por favor:

¿Has pedido ayuda a alguien? Sí No Si es así ¿quién? _____

| | | |
|---|----|----|
| ¿Tiene alguna preocupación sobre la seguridad para usted o su familia? | Sí | No |
| ¿Necesita ayuda inmediata para salir de una situación doméstica? | Sí | No |
| ¿Necesitas mantener tu dirección en secreto? | Sí | No |
| Si es así, ¿tiene un plan de seguridad? | Sí | No |
| Si no, ¿necesita ayuda para desarrollar un plan de seguridad? | Sí | No |
| ¿Ha solicitado una orden de protección? | Sí | No |
| Si es así, ¿dónde presentó la solicitud y contra quién? _____ | | |
| ¿Actualmente reside en un refugio para víctimas de violencia doméstica? | Sí | No |
| Si es así, ¿dónde? | | |

Si es así, ¿quién es su defensor?

¿Cómo ha afectado esta situación a usted y a su familia?

Notas:

Esta traducción se creó mediante aprendizaje automático/inteligencia artificial y se revisó para garantizar su precisión. Sin embargo, si encuentra errores o inexactitudes, háganoslo saber para que podamos mejorar la precisión de la traducción en el futuro.