



Cuestionario de Necesidades Sociales

Esta información se está pidiendo con el fin de ayudar a su familia a obtener los recursos que necesitan. Esta forma es confidencial y la información que usted comparta no se le divulgará a nadie si su permiso.

Nombre: _____

Student Identifier: _____

Fecha: _____

Piense en los últimos 6 meses, marque con un círculo su respuesta:

	¿Ha tenido algún problema con el seguro médico de su niño/a?	Sí No
	¿Su niño/a ha necesitado ver a un médico, pero no ha podido hacerlo por el costo?	Sí No
	¿Ha tenido algún problema para pagar la medicina de su niño/a?	Sí No
	¿Por la falta de transporte se le hace difícil asistir a citas médicas de su niño/a, a sus reuniones, a su trabajo o para conseguir cosas para sus necesidades cotidianas?	Marque todo lo que aplique: ☐ Sí, me hace difícil asistir a las citas médicas del niño/a ☐ Sí, me hace difícil asistir a las reuniones, mi trabajo o a conseguir las necesidades ☐ No
	¿Alguna de las siguientes razones se le hace difícil asistir a las citas médicas del niño/a?	Marque todo lo que aplique: ☐ La distancia al lugar de la cita ☐ No poder pagar la gasolina ☐ El clima ☐ No puedo faltar al trabajo ☐ Otra razón: _____ ☐ Ninguna
	¿Le preocupó que su comida se llegara a acabar antes de poder comprar más?	Sí No
	¿La comida que compró no fue suficiente y no tenía dinero para comprar más?	Sí No
	¿Le preocupa poder hacer que el dinero le alcance hasta al final del mes?	Sí No
	¿Tiene problemas para inscribirse o utilizar alguno de los siguientes programas del beneficio público?	Marque todo lo que aplique: ☐ Medicaid/Medicare ☐ Discapacidad ☐ Family First ☐ SNAP ☐ WIC ☐ Desempleo ☐ Pensión alimenticia para los hijos ☐ Pensión ☐ Otro: _____ ☐ Ninguno
	¿Cuál es su situación de vivienda ahora?	☐ Tengo un lugar estable donde vivir ☐ Actualmente tengo un lugar donde vivir, pero me preocupa perderlo en el futuro ☐ No tengo un lugar estable para vivir
	¿Tiene alguna preocupación sobre las malas condiciones de su vivienda, como, por ejemplo, la presencia de ratones, moho y cucarachas?	Sí No
	¿Tiene algún problema para pagar su factura de calefacción/aire acondicionado, agua o electricidad?	Sí No

¿Le gustaría que le pusiéramos en contacto con algún recurso de ayuda? De ser así, por favor, marque con un círculo abajo.

Atención médica	Transporte para citas médicas del niño/a	Comida	Beneficios económicos/empleo	Vivienda	Factura de luz o agua
					

