

Aplicación para Next Steps

Revisado 5/22/2020

El programa Next Steps de Jackson Street Youth Services es un programa de vivienda de transición, abierto a adultos jóvenes de 18 a 20 años en los condados Linn y Benton, y sus áreas vecinas. El programa incluye vivienda por hasta 18 meses, administración de casos y servicios de desarrollo de habilidades para la vida.

Para preguntas que no aplican, escriba "N / A".

Para obtener una copia impresa de este formulario e información general sobre el programa, visite:

<http://jacksonstreet.org/services/transitional-living>

Los formularios en papel se pueden dejar o enviar por correo a:

- Corvallis House: 555 NW Jackson Ave / PO Box 285, Corvallis, OR 97339

- Albany House: 1240 7th Ave SE / PO Box 1984, Albany, OR 97321

Para ayuda, comuníquese con el director del Programa en: Kevin.Shimomaeda@jacksonstreet.org

o llame al 541-207-6886.

* **Requerido**

Información del aplicante

1. Nombre legal completo del solicitante*

2. Otro(s) nombre(s) utilizado(s)

3. Fecha de nacimiento *

Ejemplo: Enero 7, 2019

4. Número de seguro social

5. Dirección (incluya ciudad, estado y código postal) *

6. Número de teléfono *

7. Dirección de correo electrónico *

8. Raza *

Marque todo lo que corresponda.

- Indio(a) americano(a) / nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a) / afroamericano(a)
- Isleño(a) del Pacífico / Hawaiano(a) nativo(a)
- Blanco(a) / Caucásico(a)
- Prefiero no responder

Otro: _____

9. Origen étnico *

Marque solo un óvalo.

- Hispano(a) / Latino(a)
- No-Hispano(a) / No-Latino(a)
- Prefiero no decirlo

10. Género *

Marque solo un óvalo.

Mujer

Masculino

Mujer trans

Hombre trans

Género No-Conforme

Prefiero no

decir

Otro:

11. Orientación sexual *

Marque solo un óvalo.

Gay/Lesbiana

Heterosexual

Bisexual

Cuestionado / Inseguro(a)

Prefiero no

decir

Otro:

12. Referencia: ¿Cómo se enteró de este programa? *

13. Nombre de quien le refirió:

14. Número de teléfono de quien le refirió:

15. Correo electrónico de quien le refirió:

Vivienda actual

16. Tipo de vivienda *

Marque solo un óvalo.

Casa privada

Albergue

Vivienda de transición

Acampando/Calle

Otro: _____

17. Ciudad / Condado *

18. ¿Tiene contrato de arrendamiento? *

Marque solo un óvalo.

Si

No

N/A

19. Duración de la estancia *

20. Razón de mudarse o salir *

21. ¿Se considera sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar? En caso afirmativo, explique por favor. *

Vivienda anterior

¿Dónde vivía justo ANTES de su vivienda actual?

22. Tipo de vivienda *

Marque solo un óvalo.

Casa privada

Albergue

Vivienda temporal

Acampando

/ Calle

Otro: _____

23. Ciudad/Condado *

24. ¿Estaba usted en el contrato de arrendamiento? *

Marque solo un óvalo.

Si

No

N/A

25. Duración de la estancia *

26. Razón de mudarse o salir *

Información del hogar

27. Pareja / Hijo(a) 1: Nombre

28. Pareja / Hijo(a) 1: Fecha de nacimiento

Ejemplo: Enero 7, 2019

29. Pareja / Hijo(a) 1: ¿Es usted el tutor legal?

Marque solo un óvalo.

- Si
- No
- N/A

30. Pareja / Hijo(a) 1: ¿Viven con usted?

Marque solo un óvalo.

- Si
- No
- N/A

31. Pareja / Hijo(a) 2: Nombre

32. Pareja / Hijo(a) 2: Fecha de nacimiento

Ejemplo: Enero 7, 2019

33. Pareja / Hijo(a) 2: ¿Es usted el tutor legal?

Marque solo un óvalo.

- Si
- No
- N/A

34. Pareja / Hijo(a) 2: ¿Viven con usted?

Marque solo un óvalo.

- Si
- No
- N/A

35. ¿Está embarazada actualmente? Si es así, incluya la fecha del parto.

Educación

36. Último grado completado *

Marque solo un óvalo.

- Menos de grado 5
- Grados 5 o 6
- Grados 7 o 8
- Grados 9, 10, o 11
- Grado 12 / Diploma de escuela preparatoria
- El programa escolar no tiene niveles de grado
- GED, iniciado
- GED, completado
- Alguna educación superior
- Grado asociado
- licenciatura
- Diploma de graduación
- Certificación vocacional
- No se

37. Escuela actual *

38. Situación escolar *

Marque solo un óvalo.

- Asisto a la escuela con regularidad
- Asisto a la escuela de forma irregular
- Graduado de preparatoria
- Obtuve el GED
- Abandoné/ dejé la escuela
- Suspendido(a)
- Expulsado(a)
- N/A

39. ¿Ha tenido alguna vez un Plan de educación individual (IEP)? En caso afirmativo, explique por favor. *

40. ¿Alguna vez ha sido suspendido(a) o expulsado(a) de la escuela? En caso afirmativo, explique por favor. *

41. ¿Interesado(a) en continuar con educación o formación? *

Marque solo un óvalo.

- Si
- No
-

Talvez

42. Metas educativas *

Empleo

43. ¿Está empleado(a) actualmente? En caso afirmativo, incluya el lugar de trabajo. *

44. Empleo actual: puesto

45. Empleo actual: Horas / Semana

46. Trabajo actual: fecha de inicio

Ejemplo: Enero 7, 2019

47. ¿Interesado(a) en encontrar (otro) trabajo?*

Marque solo un óvalo.

Si

No

48. Intereses / habilidades laborales *

Finanzas

49. Usted Tiene: *

Marque todo lo que corresponda.

- Cuenta de cheques
- Cuenta de ahorros
- Facturas
- Deuda de tarjeta de crédito
- Deuda a familiares / amigos(as)
- Dinero que le deben a usted
- Ninguna de las anteriores

50. ¿Está inscrito(a) en SNAP (cupones de alimentos)? En caso afirmativo, incluya el monto del beneficio mensual. *

51. Otros beneficios gubernamentales *

Marque todo lo que corresponda.

- TANF
- WIC
- SSI
- SSDI
- Desempleo
- Compensación de trabajadores
- Ninguna de las anteriores
- Otro: _____

52. Otros ingresos regulares (por ejemplo, de familiares / amigos) *

53. ¿Cómo organizas tus finanzas? *

54. ¿Le interesa aprender más sobre presupuesto / finanzas? *

Marque solo un óvalo.

Si

No

Talvez

Bajo cuidado del Estado

55. ¿Ha estado bajo la tutela de bienestar infantil / cuidado de crianza? Si es así, ¿por cuánto tiempo? *

56. ¿Ha estado bajo la tutela de un sistema estatal de justicia juvenil? Si es así, ¿por cuánto tiempo? *

Familiares y Sistema de apoyo

57. ¿Problemas de salud mental en la familia? En caso afirmativo, explique por favor. *

58. ¿Dependencia de drogas / alcohol en la familia? En caso afirmativo, explique por favor. *

59. ¿Abuso físico/sexual/emocional o negligencia en la familia? En caso afirmativo, explique *

60. ¿Divorcio en la familia? En caso afirmativo, explique por favor. *

61. ¿Muerte y otras pérdidas en la familia? En caso afirmativo, explique por favor. *

62. Describa la situación de vida de su familia, incluido quién vive allí. *

63. Describe las relaciones con los padres / tutores y hermanos. *

64. ¿Quién le brinda apoyo emocional y cómo? *

65. ¿Con qué frecuencia está en contacto con su familia? *

Médico

66. Seguro médico *

Marque todo lo que corresponda.

- Plan de salud de Oregon (OHP)
- Seguro proporcionado por el empleador (suyo o de sus padres)
- Seguro privado pagado
- Ninguno
- Otro: _____

67. Estado de salud física / general *

Marque solo un óvalo.

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

68. Estado de salud dental *

Marque solo un óvalo.

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

69. Estado de salud mental *

Marque solo un óvalo.

- Excelente
- Muy buena
- Buena
-
-

Regular

Mala

70. Última visita al médico: hace cuánto tiempo y motivo de la visita *

71. ¿Tiene alguna condición de salud crónica (continua)? En caso afirmativo explique. *

72. Nombres, motivos y dosis de los medicamentos que debe tomar (incluidos los de venta con receta, sin receta y anticonceptivos). *

73. ¿Está tomando actualmente los medicamentos anteriores? Si la respuesta es No, ¿por qué no? *

74. Interesado en recibir información sobre: *

Marque todo lo que corresponda..

Prácticas de sexo seguro

Control de la natalidad

Aborto

Adopción

Ninguna de las anteriores

75. ¿Usan protección usted y su (s) pareja (s) durante las relaciones sexuales? Si es así, ¿qué tipo (s)? *

76. ¿Alguna vez ha estado expuesto a alguno de los siguientes? *

Marque todo lo que corresponda.

- Chinchas
- Sarna
- Piojos
- Picaduras, erupciones, ampollas
- Agujas subcutáneas no médicas
- Recibió algo a cambio de sexo (por ejemplo, dinero, comida, drogas, refugio)
- Miedo a renunciar / dejar el trabajo debido a amenazas de violencia hacia usted, su familia o sus amigos
- Trabajo en el que las responsabilidades o el pago fueron diferentes a los que esperaba
- Ninguno de los anteriores

Antecedentes psicológicos y emocionales

77. Alguna vez has experimentado: *

Marque todo lo que corresponda.

- Ansiedad
- Depresión
- Trauma / PTSD
- Trastornos de alimentación
- Dificultad con el estrés
- Dificultad con la ira
- Desorden del sueño
- Hacerse daño a uno mismo
- Pensamientos suicidas
-
-
-

- Intento de Suicidio
- Hospitalización
- Ninguna de las anteriores

78. Si marcó alguna de las opciones anteriores, explique por favor. *

79. ¿Ha tenido consejería? En caso afirmativo, incluya: nombre de la organización / agencia / consejero, ciudad / condado, su edad, las fechas o la duración del tratamiento y los temas tratados. *

80. ¿Está interesado(a) en ver a un consejero(a) ahora (o continuar viendo al consejero(a) actual)? *

Marque solo un óvalo.

Si

No

Quizás

Historial de drogas y alcohol

81. ¿Cuándo fue la última vez que consumió alcohol? *

82. ¿Cuándo fue la última vez que consumió drogas recreativas? (No incluya los medicamentos que se usaron según lo prescrito) *

83. Enumere todos los medicamentos que ha probado. (No incluya los medicamentos que se usaron según lo prescrito). *

84. ¿Alguna vez el alcohol o las drogas le han causado problemas con: *

Marque todo lo que corresponda.

- Relaciones
- Amistades
- Crianza
- Colegio
- Dinero
- Trabajo
- Salud física
- Toma de decisiones
- Ninguna de las anteriores
- N/A

85. Después de consumir drogas o alcohol, ¿ha experimentado alguna vez: *

Marque todo lo que corresponda.

- Trastorno del habla
- Vómitos
- Desmayos
- Persecución/abuso
- Perder la conciencia
- Resacas
- Hospitalización
- DUII
- Alcoholímetro positivo
- UA positivo
- Insomnio prolongado
- Ninguna de las anteriores
- N/A

86. Alguna vez ha experimentado: *

Marque todo lo que corresponda.

- Malestares por abstinencia de alcohol o drogas.
- Personas que sugieren que usted tiene un problema con el alcohol o las drogas.
- Estar en un programa de tratamiento
- Ninguna de las anteriores
- N/A

87. ¿Se considera alcohólico(a) o adicto(a)? *

Marque solo un óvalo.

- Si
- No
- Quizás

88. ¿Está actualmente en un programa de recuperación? *

Marque solo un óvalo.

- Si
- No

89. ¿Está interesado(a) en recibir apoyo para estar sobrio(a) y libre de drogas? *

Marque solo un óvalo.

- Si
-

No

Talvez

Historia Legal

90. ¿Ha estado involucrado(a) alguna vez con el sistema de justicia de menores? En caso afirmativo, describa. *

91. ¿Alguna vez ha estado involucrado(a) con el sistema de justicia de adultos? En caso afirmativo, describa. *

92. ¿Alguna vez ha estado afiliado(a) a una pandilla? En caso afirmativo, describa. *

93. ¿Alguna vez ha sido juzgado(a) o condenado(a) por un delito? En caso afirmativo, describa. *

94. ¿Tiene actualmente cargos penales pendientes? En caso afirmativo, describa. *

95. ¿Tiene actualmente una orden de arresto? En caso afirmativo, describa. *

96. ¿Tiene un oficial de libertad condicional? En caso afirmativo, proporcione su nombre, ubicación y número de teléfono). *

Fortalezas y metas

97. ¿Cuáles son sus fortalezas? *

98. ¿Qué cosas le gustaría mejorar de usted mismo(a)?*

99. ¿Qué desea aprender del programa Next Steps? *

100. ¿Por qué encajaría bien en este programa? *

101. ¿Cuáles son sus metas? *

102. Si le colocan en la lista de espera o no le aceptan, ¿cuáles son sus planes de vivienda? *

103. Cuando tiene problemas con amigos(as), familiares, compañeros(as) de trabajo, socios(as) y otras personas, ¿qué hace? *

104. ¿Está dispuesto(a) a hablar con un administrador de casos sobre metas, habilidades para la vida y asuntos personales? *

Marque solo un óvalo.

Si

No

Talvez

Declaraciones adicionales

105. Incluya cualquier información adicional que le gustaría tener en cuenta a medida que se revisa su solicitud.

Referencias.

Enumere dos referencias PROFESIONALES (por ejemplo: mentores, personal del programa, asistentes sociales, maestros(as), oficiales de libertad condicional) que puedan discutir sus calificaciones para este programa. NO incluya amigos(as), familiares o participantes del programa. Puede incluir a la persona que lo refirió (solo profesionales) así como al personal de Jackson Street.

106. Referencia 1: Nombre *

107. Referencia 1: Relación con usted *

108. Referencia 1: Número de teléfono *

109. Referencia 1: Dirección de correo electrónico *

110. Referencia 2: Nombre *

111. Referencia 2: Relación con usted *

112. Referencia 2: Número de teléfono *

113. Referencia 2: Dirección de correo electrónico *

Firma

114. Firme con su nombre a continuación (en letra de imprenta, si es electrónico). Al firmar, autoriza a Jackson Street Youth Services a ponerse en contacto con las referencias anteriores, para obtener información pertinente a su aceptación en el programa Next Steps. Su firma también confirma su declaración de que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa a su leal saber y entender. *

115. Fecha*

Ejemplo: Enero 7, 2019

Este contenido no es creado ni respaldado por Google.

Google Forms