



FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_/2020\_\_\_\_\_

HOUSEHOLD ID: _____
CSST# _____
__ LSO                      __ Staff Assessment
REF# _____

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ APARTAMENTO/CASA #: \_\_\_\_\_

ZIP CODE: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ TELEFONO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ MOVIL \_\_\_\_\_ CASA \_\_\_\_\_ NO TENGO \_\_\_\_\_

VIVE EN: CASA PROPIA\_\_ ALQUILADA\_\_ NO TENGO CASA\_\_ REFUGIO\_\_ INSTITUCION\_\_ EN UN LUGAR NO APTO PARA VIVIENDA\_\_ CON AMIGOS/FAMILIARES\_\_

CANTIDAD DE PERSONAS QUE VIVEN EN ESE DOMICILIO, INCLUYENDO UD: \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACION	GENERO	RAZA	ETNICIDAD	RECIBE DINERO POR DESABILIDAD	SEGURO DE SALUD	IDIOMA	ESTADO CIVIL	TRABAJO	VETERANO	EDUCACION
<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Tarjeta de salud <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o De Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo/hawaiano Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No hispano No latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No tengo <input type="checkbox"/> Por el Condado CHIP <input type="checkbox"/> Por mi trabajo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado/ <input type="checkbox"/> Comprado directamente <input type="checkbox"/> Por el Estado <input type="checkbox"/> No asegurado/ <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> VA/Tricare	<input type="checkbox"/> Ing <input type="checkbox"/> Esp	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Deprado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapaz <input type="checkbox"/> De trabajar	<input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Esposo/a de veterano	<input type="checkbox"/> No graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Estudios Superiores: <input type="checkbox"/> algún título universitario o asociados

INTRUCCIONES PARA EL/LA CLIENTE: POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS PARA CADA PERSONA QUE VIVE EN SU CASA. SI NECESITA UN ADICIONAL PIDALO. SI USTED SOLAMENTE QUIERE AYUDA PARA LA DESPENSA (FOOD PANTRY) NO NECESITA DOCUMENTOS PERO TIENE QUE COMPLETAR ESTE DOCUMENTO Y EL DOCUMENTO DE SDA

**PARA USO EXCLUSIVO DE TCP**  
 TRIAGE VERIFIED ALL (INITIAL) \_\_\_\_\_  
 INTAKE ENTERED ALL (INITIAL) \_\_\_\_\_  
 DATE OF ENTRY: \_\_\_\_\_

Participante Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Relación con la cabeza del hogar:  Hijo adulto  Representante autorizado  Hijo  Familia extendida  Hijo adoptado  Nieto  Otro adulto  Padre/Madre  Esposo/Pareja  
**TRIAGE USE: GUARDIANSHIP VERIFIED \_\_\_\_\_**

TIPO DE IDENTIFICACION	GENERO	RAZA	ETNICIDAD	RECIBE DINERO POR DESABILIDAD	SEGURO DE SALUD	IDIOMA	ESTADO CIVIL	TRABAJO	VETERANO	EDUCACION
<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Tarjeta de salud <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o De Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo/hawaiano Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No hispano No latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No tengo <input type="checkbox"/> Por el Condado <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Por mi trabajo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado/ Comprado directamente <input type="checkbox"/> Por el Estado <input type="checkbox"/> No asegurado/ desconocido <input type="checkbox"/> VA/Tricare	<input type="checkbox"/> Ing <input type="checkbox"/> Esp	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Deaprado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapaz De trabajar	<input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Esposo/a de veterano	<input type="checkbox"/> No graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria GED <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Universidad Estudios Superiores: algún título universitario o asociados

Participante Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Relación con la cabeza del hogar:  Hijo adulto  Representante autorizado  Hijo  Familia extendida  Hijo adoptado  Nieto  Otro adulto  Padre/Madre  Esposo/Pareja  
**TRIAGE USE: GUARDIANSHIP VERIFIED \_\_\_\_\_**

TIPO DE IDENTIFICACION	GENERO	RAZA	ETNICIDAD	RECIBE DINERO POR DESABILIDAD	SEGURO DE SALUD	IDIOMA	ESTADO CIVIL	TRABAJO	VETERANO	EDUCACION
<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Tarjeta de salud <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o De Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo/hawaiano Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No hispano No latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No tengo <input type="checkbox"/> Por el Condado <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Por mi trabajo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado/ Comprado directamente <input type="checkbox"/> Por el Estado <input type="checkbox"/> No asegurado/ desconocido <input type="checkbox"/> VA/Tricare	<input type="checkbox"/> Ing <input type="checkbox"/> Esp	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Deaprado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapaz De trabajar	<input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Esposo/a de veterano	<input type="checkbox"/> No graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria GED <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Universidad Estudios Superiores: algún título universitario o asociados

Participante Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Relación con la cabeza del hogar:  Hijo adulto  Representante autorizado  Hijo  Familia extendida  Hijo adoptado  Nieto  Otro adulto  Padre/Madre  Esposo/Pareja

**TRIAGE USE: GUARDIANSHIP VERIFIED** \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACION	GENERO	RAZA	ETNICIDAD	RECIBE DINERO POR DESABILIDAD	SEGURO DE SALUD	IDIOMA	ESTADO CIVIL	TRABAJO	VETERANO	EDUCACION
<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Tarjeta de salud <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o De Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo/hawaiano Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No hispano No latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No tengo <input type="checkbox"/> Por el Condado <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Por mi trabajo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado/ Comprado directamente <input type="checkbox"/> Por el Estado <input type="checkbox"/> No asegurado/ desconocido <input type="checkbox"/> VA/Tricare	<input type="checkbox"/> Ing <input type="checkbox"/> Esp	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Deparado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	-Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapaz De trabajar	<input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Esposo/a de veterano	<input type="checkbox"/> No graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria GED <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/> Licenciatura Universitario <input type="checkbox"/> Universidad Estudios Superiores: algún título universitario o asociados

Participante Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Relación con la cabeza del hogar:  Hijo adulto  Representante autorizado  Hijo  Familia extendida  Hijo adoptado  Nieto  Otro adulto  Padre/Madre  Esposo/Pareja

**TRIAGE USE: GUARDIANSHIP VERIFIED** \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACION	GENERO	RAZA	ETNICIDAD	RECIBE DINERO POR DESABILIDAD	SEGURO DE SALUD	IDIOMA	ESTADO CIVIL	TRABAJO	VETERANO	EDUCACION
<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Tarjeta de salud <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o De Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo/hawaiano Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No hispano No latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No tengo <input type="checkbox"/> Por el Condado <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Por mi trabajo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado/ Comprado directamente <input type="checkbox"/> Por el Estado <input type="checkbox"/> No asegurado/ desconocido <input type="checkbox"/> VA/Tricare	<input type="checkbox"/> Ing <input type="checkbox"/> Esp	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Deparado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	-Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapaz De trabajar	<input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Esposo/a de veterano	<input type="checkbox"/> No graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria GED <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/> Licenciatura Universitario <input type="checkbox"/> Universidad Estudios Superiores: algún título universitario o asociados

Participante Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Relación con la cabeza del hogar:  Hijo adulto  Representante autorizado  Hijo  Familia extendida  Hijo adoptado  Nieto  Otro adulto  Padre/Madre  Esposo/Pareja  
**TRIAGE USE: GUARDIANSHIP VERIFIED \_\_\_\_\_**

TIPO DE IDENTIFICACION	GENERO	RAZA	ETNICIDAD	RECIBE DINERO POR DESABILIDAD	SEGURO DE SALUD	IDIOMA	ESTADO CIVIL	TRABAJO	VETERANO	EDUCACION
<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Tarjeta de salud <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o De Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo/hawaiano Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No hispano No latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No tengo <input type="checkbox"/> Por el Condado <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Por mi trabajo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado/ Comprado directamente <input type="checkbox"/> Por el Estado <input type="checkbox"/> No asegurado/ desconocido <input type="checkbox"/> VA/Tricare	<input type="checkbox"/> Ing <input type="checkbox"/> Esp	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Dejarado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	-Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapaz De trabajar	<input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Esposo/a de veterano	<input type="checkbox"/> No graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria GED <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Universidad Estudios Superiores: algún título universitario o asociados

Participante Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Relación con la cabeza del hogar:  Hijo adulto  Representante autorizado  Hijo  Familia extendida  Hijo adoptado  Nieto  Otro adulto  Padre/Madre  Esposo/Pareja  
**TRIAGE USE: GUARDIANSHIP VERIFIED \_\_\_\_\_**

TIPO DE IDENTIFICACION	GENERO	RAZA	ETNICIDAD	RECIBE DINERO POR DESABILIDAD	SEGURO DE SALUD	IDIOMA	ESTADO CIVIL	TRABAJO	VETERANO	EDUCACION
<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Tarjeta de salud <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o De Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo/hawaiano Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No hispano No latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No tengo <input type="checkbox"/> Por el Condado <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Por mi trabajo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado/ Comprado directamente <input type="checkbox"/> Por el Estado <input type="checkbox"/> No asegurado/ desconocido <input type="checkbox"/> VA/Tricare	<input type="checkbox"/> Ing <input type="checkbox"/> Esp	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Dejarado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	-Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapaz De trabajar	<input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Esposo/a de veterano	<input type="checkbox"/> No graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria GED <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Universidad Estudios Superiores: algún título universitario o asociados

DIVULGACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR			DIVULGACIÓN DE BENEFICIOS DEL HOGAR		
NO INGRESOS DEL HOGAR			NO BENEFICIOS DEL HOGAR		
FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD GANADA	QUIEN RECIBE EL DINERO?	BENEFICIO/PERIODO	CANTIDAD DEL BENEFICIO	QUIEN RECIBE EL BENEFICIO
TRABAJO __Mes __Quincena __Semana			SNAP __Mes __Quincena __Semana		
DESEMPLEO __Mes __Quincena __Semana			WIC __Mes __Quincena __Semana		
RETIRO DE SS O LOS HEREDEROS __Mes __Quincena __Semana			TANF __Mes __Quincena __Semana		
DESABILIDAD POR EL SS __Mes __Quincena __Semana			SECTION 8 __Mes __Quincena __Semana		
DESABILIDAD A CORTO PLAZO __Mes __Quincena __Semana			PUBLIC HOUSING __Mes __Quincena __Semana		
MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS __Mes __Quincena __Semana			COMPENSACIÓN A TRABAJADORES __Mes __Quincena __Semana		
PENSION Mes __Quincena __Semana			<b>DIVULGACIÓN Y ACUERDOS</b> <b>ESCRIBA LA INICIAL DE SU NOMBRE Y APELLIDOS EN CADA LINEA</b>		
BENEFICIOS DE VETERANO/A Mes __Quincena __Semana			_____ Toda la información es verdadera y correcta. _____ He leído y estoy de acuerdo <b>ACUERDO DE CLIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.</b>		
MEDIO TIEMPO/CONTRATO Mes __Quincena __Semana			_____ He leído y estoy de acuerdo <b>AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPPA.</b> _____ He leído y estoy de acuerdo con <b>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE.</b>		
ACUERDO LEGAL Mes __Quincena __Semana			<b>CABEZA DEL CLIENTE:</b> _____	<b>FECHA:</b> _____	
AYUDA FAMILIAR/AMIGOS Mes __Quincena __Semana			<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE DE TCP:</b> _____	<b>FECHA:</b> _____	