Miembros adicionales	**Miembros adicionales**
Nombre:	**Nombre:**
¿Necesita un intérprete para comunicar al inglés? ☐Si ☐No Si la respuesta es “Sí”, ¿necesita un intérprete en cuál idioma?	**¿Necesita un intérprete para comunicar al inglés?** ☐Si ☐No Si la respuesta es “Sí”, ¿necesita un intérprete en cuál idioma?
Fecha de nacimiento:	**Fecha de nacimiento:**
Los cuatro dígitos finales de su Seguro Social *(opcional)*:	**Los cuatro dígitos finales de su Seguro Social** *(opcional)*:
Identidad étnica y racial *(Elige todos los que se aplican)*: ☐ Indígena americano, Nativo de Alaska o Pueblos Indígenas ☐ Asiático o Asiático-americano ☐ Afroamericano o Africano ☐ Hispana/o/Latina/o/e ☐ Origen de medio oriente o del norte de África ☐ Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico ☐ Blanca/o ☐ Otras: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar	**Identidad étnica y racial** *(Elige todos los que se aplican)*: ☐ Indígena americano, Nativo de Alaska o Pueblos Indígenas ☐ Asiático o Asiático-americano ☐ Afroamericano o Africano ☐ Hispana/o/Latina/o/e ☐ Origen de medio oriente o del norte de África ☐ Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico ☐ Blanca/o ☐ Otras: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar
Genero (Elige todos los que se aplican)**:** ☐ Mujer (o niña) ☐ Hombre (o niño) ☐ Identidad culturalmente especifica (ej. Dos espíritus) ☐ Transgénero ☐ Nobinario ☐ Cuestionando ☐ Identidad diferente: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar	**Genero** (Elige todos los que se aplican)**:** ☐ Mujer (o niña) ☐ Hombre (o niño) ☐ Identidad culturalmente especifica (ej. Dos espíritus) ☐ Transgénero ☐ Nobinario ☐ Cuestionando ☐ Identidad diferente: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar
Orientación sexual (Elige todos los que se aplican)**:**	**Orientación sexual** (Elige todos los que se aplican)**:**

☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Cuestionando ☐ Otra: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar	☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Cuestionando ☐ Otra: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar
¿Está trabajando con un programa de Gestión de Casos Intensiva como ACT? (Si no está seguro, elige "No") ☐ Si ☐ No	**¿Está trabajando con un programa de Gestión de Casos Intensiva como ACT? (Si no está seguro, elige "No")** ☐ Si ☐ No
¿Tiene seguro de salud? ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué seguro tiene?** ☐ MEDICAID (o OHP) ☐ MEDICARE ☐ Veteran's Health Administration (VHA) ☐ Seguro proporcionado por su empleador ☐ COBRA ☐ Seguro privado ☐ Servicios de Salud para los Indígenas ☐ Otro: _____	**¿Tiene seguro de salud?** ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué seguro tiene?** ☐ MEDICAID (o OHP) ☐ MEDICARE ☐ Veteran's Health Administration (VHA) ☐ Seguro proporcionado por su empleador ☐ COBRA ☐ Seguro privado ☐ Servicios de Salud para los Indígenas ☐ Otro: _____
¿Presenta alguna de las siguientes condiciones? ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de condiciones tiene?** ☐ Alcoholismo ☐ Adición a las drogas ☐ Discapacidad de desarrollo ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad de salud mental ☐ Discapacidad física ☐ Condición crónica	**¿Presenta alguna de las siguientes condiciones?** ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de condiciones tiene?** ☐ Alcoholismo ☐ Adición a las drogas ☐ Discapacidad de desarrollo ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad de salud mental ☐ Discapacidad física ☐ Condición crónica
¿Tiene Ingresos Mensuales? ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar	**¿Tiene Ingresos Mensuales?** ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar

Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de ingresos tiene? ☐ Pensión conyugal: $_____ ☐ Manutención de Menores: $_____ ☐ Salario: $_____ ☐ Asistencia pública: $_____ ☐ Pensión: $_____ ☐ Seguro privado de discapacidad: $_____ ☐ Pensión de Seguro Social: $_____ ☐ SSDI: $_____ ☐ SSI: $_____ ☐ TANF: $_____ ☐ Seguro de desempleo: $_____ ☐ VA pensión no relacionada con servicio militar: $_____ ☐ VA compensación relacionada con servicio militar: $_____ ☐ Otro: $_____	**Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de ingresos tiene?** ☐ Pensión conyugal: $_____ ☐ Manutención de Menores: $_____ ☐ Salario: $_____ ☐ Asistencia pública: $_____ ☐ Pensión: $_____ ☐ Seguro privado de discapacidad: $_____ ☐ Pensión de Seguro Social: $_____ ☐ SSDI: $_____ ☐ SSI: $_____ ☐ TANF: $_____ ☐ Seguro de desempleo: $_____ ☐ VA pensión no relacionada con servicio militar: $_____ ☐ VA compensación relacionada con servicio militar: $_____ ☐ Otro: $_____
¿Beneficios no monetarios? ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de beneficios tiene?** ☐ Vales de comida/SNAP ☐ WIC (Programa Especial de Nutrición) ☐ TANF vales de cuidado infantil ☐ TANF vales de transportación ☐ Otro	**¿Beneficios no monetarios?** ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de beneficios tiene?** ☐ Vales de comida/SNAP ☐ WIC (Programa Especial de Nutrición) ☐ TANF vales de cuidado infantil ☐ TANF vales de transportación ☐ Otro