













Social Needs Screening

Name: _____

Phone number: _____

Preferred Language: _____

Best time to call: _____

		Yes / No
	In the last 12 months, did you ever eat less than you felt you should because there wasn't enough money for food?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	In the last 12 months, has your utility company shut off your service (electric, gas, water, or telephone) for not paying your bills?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Are you worried that in the next 2 months, you may not have stable housing ?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Do you feel you have been the victim of fraud or identity theft ?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	In the last 12 months, have you needed to see a doctor, but could not because of cost or lack of insurance ?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	In the last 12 months, have you ever had to go without health care, food, or work because you didn't have a way to get there ?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Do you ever need help reading hospital materials, bills, or applications?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Are you afraid you might be hurt in your apartment building or house??	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	If you have children, do you want to learn how to communicate with your child's teacher about their education or problems at school?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Do you or a loved one need information or services from an immigration legal services provider ?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Are any of your needs urgent? For example: I don't have food tonight, I don't have a place to sleep tonight	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	If you checked YES to any boxes above, would you like to receive assistance with any of these needs?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL/FOR STAFF USE ONLY:

Staff/Promotora Name: _____ Date: _____













Evaluación de Necesidades Sociales

Nombre: _____

Teléfono: _____

Idioma preferido: _____

Mejor tiempo para llamarle: _____

		Sí / No
	En los últimos 12 meses, ¿comió menos de lo que necesitaba porque no le alcanzaba el dinero para la comida?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	En los últimos 12 meses, ¿le cortó una compañía un servicio público (Electricidad, gas, agua o teléfono) por no pagar sus cuentas?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Le preocupa quedarse sin vivienda estable en los próximos dos meses?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Siente que ha sido víctima de fraude o robo de identidad?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	En los últimos 12 meses, ¿necesitó ver a un médico pero no pudo por el costo o falta de seguro?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez dejó de recibir cuidados médico, comida, o trabajo porque no tenía cómo llegar al sitio?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Alguna vez necesita ayuda para leer los materiales del hospital, facturas, o aplicaciones?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Tiene miedo de lesionarse en su edificio de apartamentos o casa?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Si tiene hijos, ¿desea aprender cómo comunicarse con el maestro de su hijo sobre su educación o problemas en la escuela?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Necesita información o servicios de un proveedor de servicios legales de inmigración?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Si marcó que sí a cualquiera de las casillas anteriores, ¿le gustaría recibir ayuda con cualquiera de estas necesidades?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Es urgente alguna de estas necesidades? Por ejemplo: No tengo qué comer esta noche, no tengo dónde dormir esta noche.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL/FOR STAFF USE ONLY:

Staff/Promotora Name: _____ Date: _____