

MISSION EAST DALLAS
Forma de Recursos para la Comunidad

Nombre _____

Fecha _____

Código Postal _____

Teléfono _____

Nos gustaria saber si además de sus necesidades médicas, existen otros problemas que actualmente estén afectando a usted o a su familia. Nuestros voluntarios podrán revisar esta forma con usted para referirlo a alguna organizacion en nuestra comunidad que pueda ayudarlo.

Le gustaria hablar con nuestro voluntario sobre:

- | | | |
|---|----------|----------|
| a) Necesita ayuda con comida/ropa/estampillas de comida | Si _____ | No _____ |
| b) Necesita saber en que lugar lo ayudan con renta u otros gastos | Si _____ | No _____ |
| c) Depresión | Si _____ | No _____ |
| d) Estres/Ansiedad | Si _____ | No _____ |
| e) Reciente muerte o pérdida | Si _____ | No _____ |
| f) Violencia/Abuso | Si _____ | No _____ |
| g) Nutrición/Ejercicio | Si _____ | No _____ |
| h) Fumar/Drogas/Alcohol | Si _____ | No _____ |
| i) Inmigración/Asuntos Legales | Si _____ | No _____ |
| j) Sobre como ser mejor padre/madre | Si _____ | No _____ |
| k) Entrenamiento para Trabajo/Educación/GED | Si _____ | No _____ |
| l) Medicaid/Aplicación para CHIP | Si _____ | No _____ |
| m) Vivienda | Si _____ | No _____ |
| n) Mamograma/Papanicolau | Si _____ | No _____ |
| o) ESL | | |

Notas:

- 1) Si su niño o niños son Residentes Permanentes de este pais o Ciudadanos Americanos ellos pueden calificar para Medicaid o para el programa de CHIPS. Pídanos una solucitud y con gusto se la daremos.
- 2) Toda la información que usted nos brinda es estrictamente confidencial y podrá ser compartida solamente con las organizaciones pertinentes.

GRACIAS