Name DOB

[Click here to paste your logo or use the Insert/Picture function. Then adjust the dimensions to make it fit.]

Address

*(or patient label)*

We care about you and your family. Your answers can help us know you better and build new partnerships in our community to help meet all of our Click here to choose appropriate clientele. needs. You can skip questions or stop at any time. Whether you do this survey or not, we will continue to provide you services.  
**CHECK ALL BOXES THAT APPLY TO YOU AND YOUR FAMILY.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Related image | Think about your future. Do you need help getting any of the following?  checking/savings bank account  preschool for your 3- to 5-year-old child  job or job training  English classes for you or a family member  a GED  financial aid for college  high-speed internet  I don’t need help getting any of these things. | | |
|  | Think about your groceries. In the past year, have you worried that you would run out of food?  yes  no  We don’t have enough food right now. | | |
|  | Think about the place you live. Do you have problems with any of the following?  losing your housing  unclean water  mold or water leaks  broken or no smoke detectors  lead paint/pipes  broken heat or air conditioning  bugs or rodents  I don’t have problems with any of these things. | | |
|  | Think about your utilities (gas, water, electric). In the past year, have you had trouble paying your bill?  yes  no  My gas, water, or electric is shut off right now. | | |
|  | Think about your money. Do you need help getting any of the following?  food stamps (SNAP)  free tax help, especially if you work or have kids  WIC  lowering your debt/improving your credit score  welfare/cash assistance (TANF)  I was recently denied one of these and want help.  veterans’ benefits (VA)  I don’t need help getting any of these things. | | |
| Image result for transportation icon noun project | Think about your transportation. Do you miss medical appointments because you have no way to get there or because it is hard to get there?  yes  no | | |
| Related image | Think about your neighborhood. Do you feel unsafe doing any of the following?  being in your yard/on your sidewalks  shopping at your grocery store  using your local park  going to your school or your child’s school  visiting your local library  waiting at your local bus stop  calling the police  I feel safe doing all of these things. | | |
| Image result for community icon noun project | Think about your community. Would you like information about any of the following?  voting (registering, where to go, etc.)  joining affordable sports activities ( youth  adult)  volunteering  joining social clubs ( youth  adult  senior)  getting an ID  I don’t need information about these things. | | |
|  | | | |
| FOR ADMINI. USE ONLY | | Provider Signature  well visit  acute visit Date Signed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | © 2018 People’s Community Clinic; Austin, Texas  Rev. 9/18 |

Nombre FDN

[Click here to paste your logo or use the Insert/Picture function. Then adjust the dimensions to make it fit.]

Dirección

*(or patient label)*

Nos preocupamos por usted y su familia. Sus respuestas pueden ayudarnos a comprenderlo(a) mejor como persona y construir nuevas asociaciones en nuestra comunidad para satisfacer las necesidades de nuestros Click here to choose appropriate clientele.. Puede omitir preguntas o detenerse en cualquier momento. Ya sea si decide realizar esta encuesta o no, lo(a) seguiremos atendiendo con dignidad y respeto.  
**MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE LE CORRESPONDAN A USTED Y A SU FAMILIA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Related image | Piense en su futuro. ¿Necesita ayuda para obtener alguna de las siguientes cosas?  cuenta bancaria de cheques / ahorros  preescolar para su hijo(a) de 3 a 5 años  trabajo o capacitación para el trabajo  clases de inglés para usted o para su familia  un GED (diploma escolar)  ayuda financiera para la universidad  internet de alta velocidad  No necesito ayuda con ninguna de estas cosas. | | |
|  | Piense en sus compras. En el último año, ¿se ha preocupado en no tener suficiente comida?  sí  no  No tenemos suficiente comida en este momento. | | |
|  | Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguna de las siguientes cosas?  perder su vivienda  agua sucia  fugas de agua o moho / hongo  detectores de humo quebrado o no hay  pintura / tuberías de plomo  calefacción o aire acondicionado quebrado o no hay  insectos o roedores  No tengo problemas con ninguna de estas cosas. | | |
|  | Piense en sus servicios públicos (gas, agua, electricidad). En el último año, ¿ha tenido problemas pagando algunos de estos?  sí  no  Mis servicios de gas, agua, o electricidad ha sido interrumpido ahora. | | |
|  | Piense en su dinero. ¿Necesita ayuda para obtener alguna de las siguientes cosas?  vales de comida (SNAP)  ayuda gratis para impuestos, especialmente si trabaja o tiene hijos  WIC  reducir sus deudas / mejorar su crédito  asistencia económica temporal (TANF)  Se me negó uno de éstos recientemente y quiero ayuda.  beneficios para veteranos (VA)  No necesito ayuda con ninguna de estas cosas. | | |
| Image result for transportation icon noun project | Piense en su transporte. ¿Alguna vez ha perdido citas médicas porque no tiene forma de llegar o es demasiado difícil llegar?  sí  no | | |
| Related image | Piense en su vecindario. ¿Se siente inseguro(a) al hacer alguna de estas cosas?  estar en su patio / en sus banquetas  hacer compras en su supermercado  usar su parque local  ir a su escuela o a la de su hijo(a)  visitar su biblioteca local  esperar en su parada de autobús local  llamar a la policía  Me siento seguro(a) haciendo estas cosas. | | |
| Image result for community icon noun project | Piense en su comunidad. ¿Desea información sobre alguna de las siguientes cosas?  votar (registro, a donde ir, etc.)  unirse a actividades deportivas económicas ( joven  adulto)  trabajar como voluntario  unirse a clubes sociales ( joven  adulto  adulto mayor)  obtener una identificación  No me gustaría recibir información sobre estas cosas. | | |
|  | | | |
| FOR ADMINI. USE ONLY | | Provider Signature  well visit  acute visit Date Signed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | © 2018 People’s Community Clinic; Austin, Texas  Rev. 9/18 |