









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

Name _____ DOB _____

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.

	Think about your future. Do you need help getting any of the following?
	<input type="checkbox"/> checking/savings bank account <input type="checkbox"/> preschool for your 3- to 5-year-old child
	<input type="checkbox"/> job or job training <input type="checkbox"/> English classes for you or a family member
	<input type="checkbox"/> a GED <input type="checkbox"/> financial aid for college
	<input type="checkbox"/> high-speed internet <input type="checkbox"/> 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?
	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> We don't have enough food right now.
	Think about the place you live. Do you have problems with any of the following?
	<input type="checkbox"/> losing your housing <input type="checkbox"/> unclean water
	<input type="checkbox"/> mold or water leaks <input type="checkbox"/> broken or no smoke detectors
	<input type="checkbox"/> lead paint/pipes <input type="checkbox"/> broken heat or air conditioning
	<input type="checkbox"/> bugs or rodents <input type="checkbox"/> 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?
	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> My gas, water, or electric is shut off right now.
	Think about your money. Do you need help getting any of the following?
	<input type="checkbox"/> food stamps (SNAP) <input type="checkbox"/> free tax help, especially if you work or have kids
	<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> lowering your debt/improving your credit score
	<input type="checkbox"/> welfare/cash assistance (TANF) <input type="checkbox"/> I was recently denied one of these and want help.
	<input type="checkbox"/> veterans' benefits (VA) <input type="checkbox"/> I don't need help getting any of these things.
	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?
	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
	Think about your neighborhood. Do you feel unsafe doing any of the following?
	<input type="checkbox"/> being in your yard/on your sidewalks <input type="checkbox"/> shopping at your grocery store
	<input type="checkbox"/> using your local park <input type="checkbox"/> going to your school or your child's school
	<input type="checkbox"/> visiting your local library <input type="checkbox"/> waiting at your local bus stop
	<input type="checkbox"/> calling the police <input type="checkbox"/> I feel safe doing all of these things.
	Think about your community. Would you like information about any of the following?
	<input type="checkbox"/> voting (registering, where to go, etc.) <input type="checkbox"/> joining affordable sports activities (<input type="checkbox"/> youth <input type="checkbox"/> adult)
	<input type="checkbox"/> volunteering <input type="checkbox"/> joining social clubs (<input type="checkbox"/> youth <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> senior)
	<input type="checkbox"/> getting an ID <input type="checkbox"/> I don't need information about these things.

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

Nombre _____ FDN _____

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 cliente..](#) 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.

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