COMPLETE FOR ALL CR PARTICIPANTS AT BEGINNING

COMMUNITY WELL-BEING (CWB) PARTICIPANT INFORMATION FORM

BIENESTAR COMUNITARIO (CWB) FORMULARIO DE INFORMATION DEL PARTICIPANTE

Fecha: ___/___/___

*INSTRUCCIONES PARA EL PERSONAL. INSTRUCTIONS FOR STAFF: For **family-focused strategies** funded through Nebraska Children and Families Foundation (e.g. PCIT, PIWI, TEAMS, Common Sense Parenting) please ask participants to complete ONLY part 1 below. For **Community Response**, please ask participants to complete BOTH part 1 and 2, below.*

1. Datos demográficos

Identificación de participante – Inicial del primer nombre y apellido, mes y día de nacimiento (ejemplo: bj0705)	**Número de personas menores de 18 años (Marque "0" si no hay)**	**Condado**

___ Mujer ___ Hombre ___ otro género: _____ ___ Prefiero no contestar

¿Cuál es su raza/etnicidad? (marque las que apliquen)

___ Caucásico ___ Negro o Afroamericano ___ Hispano o latino ___ Asiático ___ Indio Americano o Nativo de Alaska → *¿Es parte de alguna tribu reconocida federalmente* ___ **Sí** o **No** ___

___ Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico ___ Otro: _____ ___ Prefiero no decir

Opcional:

¿Califica usted o sus hijos para alguno de los siguientes recursos? Medicaid, Titulo XX, y/o almuerzo reducido o gratis

___ Sí ___ No ___ Prefiero no decir

¿Tiene alguna discapacidad? ___ Sí ___ No ___ Prefiero no decir

¿Alguno de sus hijos tiene una discapacidad? ___ Sí ___ No ___ Prefiero no decir

→ **Si la respuesta es sí, cuantos de sus hijos?** _____

2. Contactos, servicios actuales y apoyo

Primer nombre	**Segundo nombre**		**Apellido**	
Número de teléfono	**Correo electrónico**		**Fecha de nacimiento** ____/____/_____	
Domicilio actual	**Ciudad**	**Estado**	**Condado**	**Código Postal**

Actualmente estoy recibiendo los siguientes servicios y apoyo… (Marque las que apliquen)

___ Opportunity Passport
___ Flex Fund (en los últimos 12 meses)
___ Youth Leadership Council
___ Servicios de Bridge to Independence
___ Servicios de vida independiente
___ Servicios de vivienda
___ Servicios de empleo
___ Servicios educativos (ej. ETV, GED, tutorías)
___ Servicios de consejería
___ Servicios de búsqueda familiar
___ Servicios de transporte (ej. IntelliRide)
___ Servicios de comida (ej. despensa local)
___ Servicios médicos
___ Servicios de salud mental
___ Servicios sobre el uso de alcohol y drogas
___ Servicios dentales
___ Servicios de reparación de crédito
___ Servicios legales
___ Support Services Fund (en los últimos 12 meses)
___ Otro: _____
___ No aplicable/ Ninguno
___ Prefiero no contestar

Actualmente estoy recibiendo los siguientes tipos de asistencia pública… (Marque las que apliquen)

___ Medicaid
___ Estampillas para comida (SNAP)
___ Ayuda para niños dependientes/TANF
___ Subsidio para cuidado infantil/Título XX
___ SSI/SSDI
___ WIC
___ Vivienda Pública/Sección 8
___ Desempleo
___ otro_____
___ No aplicable/ Ninguno
___ Prefiero no contestar

COMPLETE FOR ALL CR PARTICIPANTS AT BEGINNING

¿Está embarazada o esperando un hijo? (Marque UNO)

___Ni embarazada ni esperando un hijo(a), tampoco criando hijos(as) ___Embarazada o esperando a un hijo(a)

___Los dos embarazada o esperando un hijo(a) y criando hijos(a) ___Criando hijos(as) ___Prefiero no decir

¿Tiene suficientes personas con quien contar cuando necesite de alguien que le dé buenos consejos?

___Sí → ¿Cuántas personas?____ ___ No ___ Prefiero no decir

¿Cuál es su necesidad más urgente en este momento?

PADRES/CUIDADORES LO COMPLETAN AL PRINCIPIO DE SU PARTICIPACION EN CR

Community Well Being: Formulario de consentimiento de community Response
Autorización para compartir información

Padres/ Cuidadores Participantes: Nombre y Apellido

La siguiente información es recolectada como parte de la evaluación de Community Response.

- √ **Aplicación de Flex Fund (si aplicase)**
- √ **Encuestas a la familia (si aplicase)**
  - **Encuesta de Factores de Protección FRIENDS**
  - **Formulario actualizado de las metas de Community Response**
  - **Encuesta de grado de satisfacción**
- √ **Información del niño y la familia**
  - **Información demográfica**
  - **Información de contacto**
  - **Servicios y apoyo actual**

Yo otorgo permiso al coordinador local de Community Well Being y/u otro personal necesario y_____(Agencia o agencias del Comunity response) a compartir esta información con Nebraka Children y sus evaluadores contratados, incluyendo el Instituto MunroeMeyer, como parte de la evaluación de este programa que es subvencionado en parte por Nebraska Children. Usted no está obligado a compartir esta información. Si decide no compartir su información, esto no le afectara ni a usted, ni a su permanencia en este programa, de ninguna forma. Para fines de informe de evaluación, su información siempre será combinada y no será identificable como familia individual.

Firma de Padres de Familia /Tutores	Fecha	Testigos	Fecha
		Cargo del personal sirviendo de testigo	

Si tiene alguna pregunta acerca de esta evaluación, por favor contáctese con Barbara Jackson en el Instituto Munroe-Meyer al 402-559-5765 o con Catherine Brown en La Fundación Nebraska Children and Families al 703-819-4585.

Last updated 7/1/2018

PARENT/CAREGIVER AND STAFF COMPLETE ONLY IF FLEX FUNDS APPLIED FOR

COMMUNITY RESPONSE FLEX FUND APPLICATION FORM

RESPUESTA COMUNITARIA
FORMULARIO DE SOLICITUD DEL FONDO FLEX

Fecha de petición: ____/____/_____

¿Cómo le podemos ayudar?

1. ¿Cuál es su necesidad? ¿Aproximadamente cuánto cuesta? Por favor, incluya tantos detalles como le sea posible.

2. Yo creo que estos fondos me ayudarán como padre o madre/ tutor, porque….

Documentos necesarios

Se le pedirá presentar documentación de ciertas necesidades tales como el alquiler de su vivienda o facturas sin pagar, favor de traerlos si le es posible. **Por ejemplo: Notificaciones de corte de servicio de compañía de utilidades, notificaciones de desalojo, facturas médicas sin pagar, estimado de servicios médicos.**

Algunas preguntas sobre usted

Nombre: _____

Primer nombre Segundo nombre Apellido

Número de teléfono	**Correo electrónico (opcional)**		**Fecha de nacimiento** _____/_____/_____	
Dirección de su domicilio actual	**Ciudad**	**Estado**	**Condado**	**Código postal**

¿Dónde podemos mandar su pago? _____ __ _____

Nombre del negocio Nombre del personal a contactar

_____ _____ _____ _____ _____

Dirección del negocio Ciudad Estado Código postal Número de teléfono del negocio

Favor de NO llenar esta sección. Esta sección será completada por uno de los Navegadores centrales de su comunidad.

Fecha de pago: ___/___/___ **Método de pago:** ☐ **Cheque (# de cheque_____)** ☐ **Tarjeta de regalo** ☐ **Otro:**

Monto de la vivienda $	Detalles necesarios (Ej.: alquiler)	Monto de empleo $	Detalles necesarios (Ej.:uniforme)
Monto de servicios públicos $	Detalles necesarios (Ej.: facturas de electricidad)	Monto de salud, física/Dental $	Detalles necesarios (Ej.: co-pago)
Monto de gastos de vida diaria $	Detalles necesarios (Ej.: comida)	Monto de salud mental $	Detalles necesarios (Ej.: co-pago)
Monto de educación $	Detalles necesarios (Ej.: libros, inscripción)	Cantidad de crianza $	Detalles necesarios (Ej.: guardería)
Monto de transportación $	Detalles necesarios (Ej.: reparación de carro)	Otra cantidad $	Detalles necesarios

PARENT/CAREGIVER COMPLETES AT END OF CR PARTICIPATION

COMMUNITY WELL-BEING (CWB) SATISFACTION SURVEY

BIENESTAR COMUNITARIO (WBC)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN[1]

Fecha: ___/____/____

Instrucciones: Complete y devuelva la encuesta al personal con el que está trabajando. Si desea, puede mandar la encuesta por correo electrónico directamente a kelsey.tourek@unmc.edu , o por correo a la siguiente dirección:
Attn: Barbara Jackson, Ph.D., Interdisciplinary Center for Program Evaluation (ICPE) Munroe-Meyer Institute
University of Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-5605

1. Me sentí respetado y valorado como participante. Encierre con un círculo la opción que mejor describa su opinión.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

2. He aprendido nuevas técnicas que mejoran mis interacciones con mi hijo(os). Encierre con un círculo la opción que mejor describa su opinión o, marque si no es aplicable.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	No es aplicable
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

3. Siento que mis relaciones familiares son mejores que antes. Encierre con un círculo la opción que mejor describa su opinión.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

4. ¿Que podríamos haber hecho de manera diferente para mejorar las cosas?

5. ¿Cuáles fueron los beneficios para usted y su familia?

……

No complete esta sección. Esto será llenado por nuestro personal.

County: _____

Staff person's name and Organization: _____

Strategy (Check one):

- ☐ Common Sense Parenting
- ☐ Community Response (CR)
- ☐ Parent Child Interactive Therapy (PCIT)
- ☐ Parents Interacting With Infants (PIWI)
- ☐ Together Everyone Achieves More Success (TEAMS)
- ☐ other (please specify) _____

[1] Instructions for staff person: First, complete the section above with information about the county, your name, and the strategy and make copies (so as not to have to fill in this section multiple times). Second, for family-focused strategies funded through Nebraska Children and Families Foundation that have a defined start and end date, please ask participants to complete this survey at the end of the last meeting/at the end of the program.
Last updated 7/1/2018

Encuesta de Factores Protectores en Español

Haz memoria: ¿recuerdas el momento en que comenzaste este programa? Responde a las siguientes afirmaciones pensando en cómo te sentías o qué experimentabas ***antes de*** *comenzar el programa. Luego, responde a las mismas afirmaciones pensando en cómo te sientes o qué experimentas* ***actualmente****.*

Parte I: Por favor ***encierra en círculo*** el número que describa cuán a menudo estas afirmaciones son verdaderas para ti o para tu familia. Los números representan una escala de 1 a 7 en la que cada uno de los números representa una cantidad de tiempo distinta. El número 4 significa que la afirmación es verdadera más o menos la mitad del tiempo.

	Nunca	*Casi Nunca*	*Pocas Veces*	*A Veces*	*Muchas Veces*	*Casi Siempre*	*Siempre*
1. En mi familia, hablamos acerca de los problemas.							
ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○
2. Cuando discutimos, mi familia escucha ambas partes de la historia.							
ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○
3. En mi familia, tomamos tiempo para escucharnos los unos a los otros.							
ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○

Esta encuesta fue desarrollada por el Centro Nacional de Recursos para la Prevención Comunitaria del Abuso Infantil FRIENDS en asociación con el Instituto de Investigación Educativa y Servicio Público de la Universidad de Kansas con fondos provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU.

4. Mi familia se apoya en momentos de estrés.

ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○

5. Mi familia soluciona todos nuestros problemas.

ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○

6. Tengo personas que me escuchan cuando necesito hablar de mis problemas.

ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○

7. Cuando me siento solo/a, tengo a varias personas con las que puedo hablar.

ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○

8. Yo sé a dónde ir si mi familia llegara a necesitar comida o alojamiento provisional.

ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○

Esta encuesta fue desarrollada por el Centro Nacional de Recursos para la Prevención Comunitaria del Abuso Infantil FRIENDS en asociación con el Instituto de Investigación Educativa y Servicio Público de la Universidad de Kansas con fondos provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU.

9. Yo sé a dónde (o con quién) ir para conseguir ayuda si tuviera dificultades financieras.

ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○

10. Si existe una crisis, tengo personas con quienes contar.

ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○

11. Yo sé a dónde ir para recibir ayuda si necesito conseguir un trabajo.

ANTES	○	○	○	○	○	○	○
AHORA	○	○	○	○	○	○	○

Esta encuesta fue desarrollada por el Centro Nacional de Recursos para la Prevención Comunitaria del Abuso Infantil FRIENDS en asociación con el Instituto de Investigación Educativa y Servicio Público de la Universidad de Kansas con fondos provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU.

Encuesta de Factores Protectores en Español

Parte II. Esta parte de la encuesta pregunta sobre crianza y tu relacionamiento con tu niño/a. En esta sección, por favor enfócate en el niño/a que esperas que más se beneficie de tu participación en nuestros servicios. Por favor escribe la edad o fecha de nacimiento del niño/a y luego responde a las preguntas con este niño/a en mente.

Edad del Niño _____ **or** **Fecha de Nacimiento** ____/____/__

	Nunca	*Casi Nunca*	*Pocas Veces*	*A Veces*	*Muchas Veces*	*Casi Siempre*	*Siempre*
12. Me siento segura/o en mi papel como madre/padre.							
ANTES	1	2	3	4	5	6	7
AHORA	1	2	3	4	5	6	7
13. Sé cómo ayudarle a mi hijo/a a aprender.							
ANTES	1	2	3	4	5	6	7
AHORA	1	2	3	4	5	6	7
14. Mi niño/a se porta mal solo para hacerme enojar.							
ANTES	1	2	3	4	5	6	7
AHORA	1	2	3	4	5	6	7
15. Yo elogio a mi niño/a cuando se porta bien.							
ANTES	1	2	3	4	5	6	7
AHORA	1	2	3	4	5	6	7

Esta encuesta fue desarrollada por el Centro Nacional de Recursos para la Prevención Comunitaria del Abuso Infantil FRIENDS en asociación con el Instituto de Investigación Educativa y Servicio Público de la Universidad de Kansas con fondos provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU.

16. Cuando diciplino a mi niño/a pierdo el control.

ANTES	1	2	3	4	5	6	7
AHORA	1	2	3	4	5	6	7

17. Soy feliz cuando estoy con mi niño/a.

ANTES	1	2	3	4	5	6	7
AHORA	1	2	3	4	5	6	7

18. Mi niño/a y yo somos muy unidos.

ANTES	1	2	3	4	5	6	7
AHORA	1	2	3	4	5	6	7

19. Puedo tranquilizar a mi niño/a cuando está enojado/a.

ANTES	1	2	3	4	5	6	7
AHORA	1	2	3	4	5	6	7

20. Yo paso tiempo con mi niño/a haciendo lo que le gusta.

ANTES	1	2	3	4	5	6	7
AHORA	1	2	3	4	5	6	7

Esta encuesta fue desarrollada por el Centro Nacional de Recursos para la Prevención Comunitaria del Abuso Infantil FRIENDS en asociación con el Instituto de Investigación Educativa y Servicio Público de la Universidad de Kansas con fondos provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU.