Enrollment Assessment
Family Residential & Sober Living
Children

Evaluación de admisión
Vivienda residencial familiar para personas en sobriedad
Niños

▶ ***Enrollment Date:*** / / (mm dd yyyy)

▶ ***Fecha de admisión:*** / / (mes día año)

▶ **ESM Client ID:**

▶ **ID de cliente de ESM:**

Provider ID:

ID del proveedor:

Questions (Q) marked with ▶ must be completed.
Las preguntas (P) marcadas con ▶ deben contestarse.

First Name: **Middle Initial:** **Last Name:** ***Suffix:***
Primer Nombre: **Inicial del segundo nombre:** **Apellido:** ***Sufijo:***

▶ **1. Client Code:** ☐☐☐☐☐
▶ **1. Código del cliente:** ☐☐☐☐☐

▶ **2. Intake/Clinician Initials:** ☐☐☐
▶ **2. Iniciales del encargado de la admisión:** ☐☐☐

▶ **3. Do you own or rent a house, apartment, or room?** ☐Yes ☐No *If the answer to Q. 3 is Yes, skip to Q. 5*
If parent owns, check that child owns.

▶ **3. ¿Alquila o es dueño de una casa, apartamento o habitación?** ☐Sí ☐No *Sí la respuesta a la P 3 es Sí, pasar a la P 5*
Sí el propietario es un padre, indicar que el niño es el propietario.

4. Are you Chronically Homeless?
(HUD Definition in Manual) ☐Yes ☐No

4. ¿Está usted sin hogar en forma crónica?
(Definición de HUD en el manual) ☐Sí ☐No

▶ **5. ZIP Code of Last Permanent Address:** **If Newborn or child that has been in foster care <u>since birth</u>, use code 99999.** *Do **Not** put zip code of Program. See manual for definition of Permanent.*

▶ **5. Código postal de la última dirección permanente:** **Sí es un recién nacido o un niño que ha estado bajo cuidado de crianza desde el nacimiento, usar el código 99999.** ***No** ponga el código postal del programa. Consultar el manual para la definición de permanente.*

▶ **6. Where did you stay last night?**
▶ **6. ¿Dónde se quedó anoche?**

1☐ Emergency shelter 1☐ Refugios de emergencia	7☐ Jail, prison or juvenile detention facility 7☐ Cárcel, prisión o centro penitenciario para menores	13☐ Foster care home or foster care group hm 13☐ Hogar o grupo de cuidado tutelar
2☐ Transitional housing for homeless persons 2☐ Viviendas de transición para personas sin hogar	8☐ Room, apartment, or house that you own or rent 8☐ Alquila o es dueño de una casa, apartamento o habitación	14☐ Place not meant for habitation 14☐ Lugar no destinado a vivienda
3☐ Permanent housing for formerly homeless 3☐ Vivienda permanente para personas anteriormente sin hogar	9☐ Staying or living with a family member 9☐ Se queda o vive con un miembro de su familia	15☐ Other 15☐ Otro
4☐ Psychiatric hospital or other psych. facility 4☐ Hospital o centro psiquiátrico	10☐ Staying or living with a friend 10☐ Se queda o vive con un amigo	88☐ Refused 88☐ Se niega a contestar
5☐ Substance abuse treatment facility or detox 5☐ Centro de tratamiento por abuso de sustancias o de desintoxicación	11☐ **Room, apartment, or house to which you <u>cannot return</u> (future return can be uncertain)** 11☐ **Habitación, apartamento o casa a la que usted <u>no puede regresar</u> (el retorno futuro puede ser incierto)**	
6☐ Hospital (non-psychiatric) 6☐ Hospital (no psiquiátrico)	12☐ Hotel or motel paid for without emergency shelter voucher 12☐ Hotel o motel pagado sin cupón para refugio de emergencia	

7a. Do you consider yourself to be transgender? ☐Yes ☐No ☐Refused **If young child, check No or Refused.**

7a. ¿Se considera usted una persona transgénero? ☐Sí ☐No ☐Se niega a contestar **Si es un niño pequeño, marcar No o Se niega a contestar.**

7b. If you answered Yes to Q. 7a, please specify: ☐Male to Female ☐Female to Male ☐Other, specify _____

7b. Sí contestó que sí a la pregunta 7a, especifique: ☐Hombre a mujer ☐Mujer a hombre ☐Otra, especifique _____

8. Do you consider yourself to be: ☐Heterosexual ☐Gay/Lesbian ☐Bisexual ☐Other, specify _____ ☐Refused **If young child, check Refused.**

8. Usted se considera: ☐Heterosexual ☐Gay o lesbiana ☐Bisexual ☐Otra, especifique _____ ☐No contesta **Sí es un niño pequeño, marcar Se niega a contestar.**

9. Number of days between initial contact with program and the first available appointment : 0

9. Número de días entre el contacto inicial con el programa y la primera cita disponible: 0

10. Source of Referral: ☐DCF ☐Family ☐Residential Treatment Program

10. Fuente de referimiento: ☐DCF ☐Familia ☐Programa de Tratamiento Residencial

11. Frequency of attendance at self-help programs (e.g., AA, NA) in 30 days prior to Admission: 99

11. Frecuencia de asistencia a programas de autoayuda (p. ej., AA, NA) en los 30 días previos a la admisión: 99

12. Client Type ☒Collateral

12. Tipo de cliente ☒Colateral

13. Additional Client Type (Check ALL that apply) ☐Pregnant ☐Postpartum ☐Probation ☐Federal Probation

13. Tipo adicional de cliente (Marcar todo lo que corresponda) ☐Embarazada ☐Posparto ☐Probación ☐Probación federal

14. Do you have children? ☐Yes ☐No ☐Refused *If answer to Q. 14 is 'Yes', complete 14a-14d. If no, skip to Q. 15*

14. ¿Tiene usted hijos? ☐Sí ☐No ☐Se niega a contestar *Sí contestó que 'Sí' a la pregunta 14, complete 14a a 14d. (Sí contesta No, pasar a la P 15)*

14a. Number Children Under 6: ☐	**14b. Number of Children 6-18:** 0	**14c. Children Over 18:** 0
14a. Número de hijos menores de 6 años: ☐	**14b. Número de hijos de 6-18 años:** 0	**14c. Hijos mayores de 18 años:** 0

14d. Are any of the children of the Native American **Indian race?** ☐Yes ☐No

14d. ¿Es alguno de los niños de raza india nativa norteamericana (indígena americano)? ☐Sí ☐No

15. Are you the primary caregiver for any children? If yes, see manual. *If the client is the primary caregiver of children, you must assess as to the children's welfare and what arrangements have been made for their care in your full clinical assessment!!!* 1 ☐Yes 2 ☐No ☐Refused

15. ¿Es usted el principal proveedor de cuidados de los niños? Sí contestó que sí, consulte el manual. *Sí el cliente es el principal proveedor de cuidados de los niños, usted debe evaluar el bienestar de los niños y los arreglos que se han hecho para su cuidado en su evaluación clínica.* 1 ☐Sí 2 ☐No ☐Se niega a contestar

16. Employment status at Enrollment 9

16. Situación de empleo durante la admisión 9

17. Number of days worked in the past 30 days? 0

17. Número de días trabajados en los últimos 30 días? 0

▶ **18. Where do you usually live? (***Where has the client spent/slept most of the time over the last 12 months?)*

▶ **18. ¿Dónde suele vivir?** *(Durante los últimos 12 meses, ¿dónde pasó el cliente la mayor parte del tiempo o dónde durmió?)*

1 ☐ House or apartment 1 ☐ Casa o apartamento	3 ☐ Institution 3 ☐ Institución	5 ☐ Shelter/mission 5 ☐ Refugio o misión	7 ☐ Foster Care 7 ☐ Hogar de crianza	88 ☐ Refused 88 ☐ No contesta
2 ☐ Room/boarding or sober house 2 ☐ Habitación o casa de huéspedes o para personas en sobriedad	4 ☐ Group home/treatment 4 ☐ Hogar grupal o de tratamiento	6 ☐ On the streets 6 ☐ En la calle	8 ☐ N/A Infant 8 ☐ No se aplica, bebé	

▶ **19. Who do you live with?** ☒ Parents **Collaterals End Here**

▶ **19. ¿Con quién vive?** ☒ Padres **El colateral para aquí**