



# Lista de verificación de necesidades del cliente y familia

Su nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor o menores: \_\_\_\_\_

Menor o menores: \_\_\_\_\_

A continuación se encuentran algunas de las necesidades que con frecuencia las familias a las que servimos identifican. Por favor, identifique algunas de las necesidades de su familia para que podamos darle información con respecto a los servicios y recursos que haya disponibles para usted y su familia.

## Necesidades básicas

<input type="checkbox"/> Ropa	<input type="checkbox"/> Vivienda	<input type="checkbox"/> Servicios públicos o ayuda con la energía
<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Transporte	

## Necesidades sociales

<input type="checkbox"/> Información sobre maltrato de menores	<input type="checkbox"/> Custodia	<input type="checkbox"/> Asesoramiento legal
<input type="checkbox"/> Guardería	<input type="checkbox"/> Recursos educativos	<input type="checkbox"/> Información sobre crianza de los hijos
<input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Capacitación para el empleo o fuerza laboral	<input type="checkbox"/> Servicios para veteranos de guerra o licenciados del servicio militar

## Necesidades de salud y seguridad

<input type="checkbox"/> Desarrollo infantil y necesidades especiales	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Cuidado prenatal
<input type="checkbox"/> Cuidado dental u oral	<input type="checkbox"/> Planificación familiar	<input type="checkbox"/> Protección contra maltrato (PFA)
<input type="checkbox"/> Seguro médico: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Necesita Asistencia		
<input type="checkbox"/> Asegurado - Compañía: _____		

Por favor, escriba otras necesidades o proporcione otra información sobre los temas que quisiera conversar:

---



---

## Para uso de CAC solamente

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No se desea o necesita servicios en este momento                                       | <input type="checkbox"/> No se desea contacto posterior de FRA                                     |
| <input type="checkbox"/> Se entregó el Manual de CAC para el Cuidador   | <input type="checkbox"/> Se proporcionó el formulario de notificación del proceso MDT              |
| <input type="checkbox"/> Se proporcionó el paquete de información sobre los servicios para el cliente y familia | <input type="checkbox"/> Se proporcionó el Consentimiento Informado y Exención de Confidencialidad |

Firma del representante del CAC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cuidador o adulto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_