

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
EVALUACIÓN FAMILIAR DE SERVICIOS DE EMPLEO

Departamento de Servicios para Familias y Niños del condado de _____

Nombre del Caso _____ Número del Caso _____
 Nombre del Cliente _____ Administrador del caso/Cantidad de casos _____
 Número de ID de Cliente _____ No. de teléfono del Administrador del caso _____

Fecha _____

Sección I:

Datos Personales:

Nombre del Cliente _____	No. de teléfono de domicilio _____	No. de teléfono celular _____
Dirección actual del Cliente _____	Nombre de la persona de contacto _____	No. de teléfono de la persona de contacto _____
Nombre del administrador de casos _____	No. de Cantidad de casos _____	

Niños

Nombre _____	Edad/Fecha de Nacimiento _____	Nombre del padre/madre ausente _____	Manutención Infantil _____
Nombre _____	Edad/Fecha de Nacimiento _____	Nombre del padre/madre ausente _____	Manutención Infantil _____
Nombre _____	Edad/Fecha de Nacimiento _____	Nombre del padre/madre ausente _____	Manutención Infantil _____
Nombre _____	Edad/Fecha de Nacimiento _____	Nombre del padre/madre ausente _____	Manutención Infantil _____

Información General

¿Tiene usted un lugar permanente para vivir? SÍ NO Si responde no, explique: _____

¿Es usted propietario de su hogar? SÍ NO Si responde sí, ¿cuánto es el pago de hipoteca? \$ _____

¿Hace pagos de alquiler por su hogar? SÍ NO Si responde sí, ¿cuánto es el pago del alquiler? \$ _____

¿Comparte usted su hogar? SÍ NO Si responde sí, ¿con quién? _____.

¿La ubicación de su hogar limita las opciones de empleo? SÍ NO Si responde sí, explique: _____

Nombres y parentesco con los otros miembros del hogar: _____

Formulario de Evaluación de Servicios del Solicitante, Formulario 490, indica que el cliente está recibiendo actualmente los siguientes servicios:

Servicios de Intervención de Empleo Violencia Doméstica Salud Mental Otro

Sección II

¿Qué dificultades tiene usted para encontrar o mantener un trabajo?
(marque todas las que correspondan)

Obstáculos familiares <i>(Remisión al centro de Violencia Doméstica, Servicios de Cuidado Infantil y Servicios Sociales)</i>		Barreras de Transportación <i>(respaldo de transporte necesarios)</i>		Obstáculos Personales <i>(Remisión al Departamento de Educación Técnica y Educación para Adultos [DTAE, por sus siglas en inglés], Departamento del Trabajo [DOL], Nuevas Conexiones de Trabajo [NCTW], Rehabilitación Vocacional [VR])</i>	
<input type="checkbox"/>	Necesita cuidado infantil	<input type="checkbox"/>	No tiene transporte	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas de salud
<input type="checkbox"/>	Necesita cuidado para un familiar minusválido	<input type="checkbox"/>	No tiene seguro de carro	<input type="checkbox"/>	Tiene dificultad trabajando con las manos
<input type="checkbox"/>	Es la persona que cuida a un familiar minusválido	<input type="checkbox"/>	No tiene transporte confiable	<input type="checkbox"/>	No está capacitado para levantar objetos pesados
<input type="checkbox"/>	Es la persona que cuida a un familiar mayor	<input type="checkbox"/>	No tiene licencia de conducir vigente	<input type="checkbox"/>	Carece de entrenamiento y destrezas
<input type="checkbox"/>	Le preocupa la seguridad de algún menor	<input type="checkbox"/>	No puede conducir	<input type="checkbox"/>	Tiene dificultad escribiendo
<input type="checkbox"/>	La familia se opone a que sea autosuficiente	<input type="checkbox"/>	Necesita reparaciones en su carro	<input type="checkbox"/>	Tiene dificultad leyendo
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Está en peligro de perder su licencia de conducir (en corte)	<input type="checkbox"/>	Tiene dificultad con las matemáticas
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tiene la licencia de conducir suspendida	<input type="checkbox"/>	Necesita ayuda o herramientas especiales
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	No puede leer o escribir en inglés
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tiene dificultad hablando/entendiendo el inglés
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Se siente amenazado (a)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Se siente deprimido (a)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tiene ansiedad
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Se siente enojado (a)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Trauma emocional severo
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Abusa de drogas y alcohol
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tiene problemas legales

Notas del (de la) trabajador(a) de los Servicios de Empleo _____

Basándose en la información de la persona se necesita una remisión a (l): _____

Sección III

(Si las siguientes preguntas ya fueron discutidas con el (la) solicitante en la evaluación de servicios de empleo, no las vuelva a hacer aquí a menos que el asunto necesite más detalles)

¿Alguna vez ha tenido que pasar una prueba de drogas? SÍ NO
 Si tuviera que hacerse una prueba de drogas, ¿la pasaría? SÍ NO

EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES	Sí	No
¿Alguna vez ha buscado ayuda, ha estado en tratamiento o ha asistido a un grupo de apoyo para el abuso de alcohol o alguna otra droga?		
Si contesta que sí, ¿fue una acción voluntaria o por una orden tribunal? <i>(marque con un círculo)</i>		
¿Ha perdido alguna vez su trabajo o se le ha negado algún trabajo por problemas con el uso de alcohol u otras drogas?		
¿Ha tenido problemas con la ley a causa de delitos relacionados con drogas?		
¿Ha olvidado alguna vez cosas que ha dicho o hecho mientras estaba bajo los efectos del alcohol u otras drogas?		
¿Le han dicho alguna vez, algún amigo o familiar, que piensan que usted consume mucho alcohol o drogas? ¿Piensa usted que consume mucho alcohol o drogas?		
¿Pelea o discute usted con otros mientras está bajo las influencias del alcohol o alguna otra droga?		
¿Ha estado en sala de emergencia u hospitalizado alguna vez como consecuencia del consumo de alcohol o alguna otra droga?		
¿Piensa usted, que su cónyuge, pareja u otro familiar tenga un problema con el consumo de alcohol o alguna otra droga?		
¿Está interesado/a en superar cualquier problema relacionado con el consumo de alcohol o drogas para que pueda encontrar empleo?		

Notas del trabajador(a) de los servicios de empleo: _____

Basándose en información particular de la persona, se necesita remisión a(l) : _____

Fecha: _____

