



Formulario de Autorreferencia

1. Fecha de Referencia: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
2. Nombre de la Fuente de Referencia: (uno mismo, miembro familiar, trabajador de apoyo, proveedor de tratamiento, administrador de casos, etc.): \_\_\_\_\_ a.

¿Cómo se enteró de este programa? \_\_\_\_\_

3. Información del Participante (*deber ser residente del condado Hudson por lo menos 6 meses.*):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Información del Contacto:

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Método de comunicación preferido (seguro): \_\_\_\_\_ (i.e. celular/email)

¿Permiso para dejar correo de voz a una agencia de identificación? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

4. ¿Su empleo se ha visto afectado directamente por los opioides?? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Uno mismo

Amigo/Miembro de Familia (*relación*): \_\_\_\_\_

5. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

6. Idioma principal hablado: \_\_\_\_\_

7. Motivación para encontrar empleo: \_\_\_\_\_

8. Servicios en los que está interesado (marque TODOS los que correspondan)

Gestión de casos de empleo individual  Preparación para el trabajo / Alfabetización laboral  Apoyos de Recuperación

**Capacitación / Certificación Laboral**  Asistencia para la Búsqueda de Empleo  Asistencia para currículum vitae / carta de presentación

Recursos/Vínculos

Auto Ayuda

Otro: \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál es su disponibilidad semanal para el trabajo o la escuela?

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde							
A							

10. ¿Está dispuesto a completar la capacitación / grupos / capacitación laboral individual identificados y obtener empleo? \_\_\_\_\_
11. ¿Tiene transporte confiable? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
12. Describa su situación de vivienda: \_\_\_\_\_ Vivo Solo \_\_\_\_\_ Con Familia \_\_\_\_\_ Casa de Huéspedes \_\_\_\_\_ Sin Hogar  
 \_\_\_\_\_ Medio camino / Vida sobria / Respiro
- \* \* Si no tiene hogar, especifique (refugio, respuesta especial, automóvil, etc.)  
 \_\_\_\_\_
13. Fuente de Ingreso \_\_\_\_\_ (i.e. salarios, SSD/SSI, Pension, GA/TANF/SNAP/ABAWD, o desempleo)

Pathways to Success (P2S)

**Formulario de Referencia Creado en 06/2019**

14. ¿Es elegible para recibir algún derecho del gobierno?? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No Estoy Seguro  
 (i.e. GA, TANF, SNAP, ABAWD)
15. SSD/SSI Elegibilidad: \_\_\_\_\_ Determinar Elegible \_\_\_\_\_ Determinar No Elegible \_\_\_\_\_ Potencial Elegible
16. ¿Número total de personas que dependen de los ingresos? \_\_\_\_\_
17. ¿ Actualmente participa en el tratamiento de salud mental? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
 Si es así, por favor especifique: \_\_\_\_\_
18. ¿ Participa actualmente en el tratamiento por abuso de sustancias? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No (i.e. desintoxicación, IOP, OP, MAT, or residencial)  
 Si es así, por favor especifique: \_\_\_\_\_
19. ¿Alguna vez ha servido en el ejército? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
 ¿ Si es así, ¿está involucrado con Servicios para Veteranos? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
20. Nivel mas alto de educación: \_\_\_\_\_ (secundaria, licenciatura, maestria, profesión vocacional) Sí  
 profesión vocacional, por favor especifique: \_\_\_\_\_
21. ¿Esta asistiendo a la escuela actualmente? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
22. Yo, \_\_\_\_\_, autorizo \_\_\_\_\_ para divulgar la información anterior al programa Pathways to Success del condado de Hudson (P2S-HC) de la Asociación de Salud Mental (MHA). Entiendo que una representación de P2S-HC se comunicará conmigo antes de mi participación en su programa. Toda la información contenida es veraz.

Firma del Participante: X: _____  Firma de persona haciendo la referencia (si no es el participante): X: _____	Fecha: _____/_____/_____  Nombre de la persona hacienda la referencia: (escribe el nombre) _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Envíe por fax, correo postal o correo electrónico a:  
 Pathways to Success Self-Referral

Created on 1/25/21

Prevention Links- Pathways to Success Hudson

Attention: Victoria Vasquez

35 Journal Square Plaza, Suite 501, Jersey City, NJ 07306

**Phone: (908) 468 1679    Email: VVasquez@preventionlinks.org**

Otros comentarios/información relevante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

***Para uso administrative solamente:***

Divulgación realizada en: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Por (*Iniciales*): \_\_\_\_\_

Entrevista de Compatibilidad establecida para: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevista de Compatibilidad realizada en: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Si SI se realizó en una fecha diferente a la fecha original, explique: \_\_\_\_\_

Determinación de Compatibilidad para P2R: \_\_\_\_\_

Orientación / Fecha de admisión del IEP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_