

Fecha del día _____

Importante: este es un cuestionario CONFIDENCIAL para ayudar a Maryville a determinar el mejor plan de tratamiento para usted. Termine todas las áreas con la mayor información posible. Le entregaremos este cuestionario a un Consejero durante su cita de evaluación. Escriba con letra de imprenta clara.

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ (Marque aquí si no tiene hogar) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (____) _____ Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Género Masculino Femenino Otro ____

Número de seguro social _____ Estado civil Soltero/a Casado/a En pareja

Licencia de conducir No. _____ Ciudadano EE. UU. o residente legal Sí No

Raza: Negro/ afroamericano Asiático Blanco Puertorriqueño Mexicano Cubano Ruso

Isleño del Pacífico Amerindio Medio Oriente Indio Otra Rechazar _____

¿Cuál es la rason principal por la cual está buscando tratamiento? _____

¿Es un veterano? Sí No

¿Puede leer y escribir en idioma inglés? Sí No En Espanol? Sí No

Mayor nivel de educación alcanzado _____ ¿Tiene un diploma de ES o GED?

Idioma principal _____ Idioma secundario _____

Orientación sexual: Bisexual Heterosexual Homosexual Cuestionándose Trangénero(a)

Pronombre preferido Ella Él Ellx/elle

¿Requiere adaptaciones?: Audífono Silla de ruedas Otro _____

¿Quién lo refirió? _____ Organización _____

¿Está tomando Metadona actualmente? Sí No

¿Está recibiendo Metadona, Suboxone o Sublocade en otro centro actualmente? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

Nombre del contacto de emergencia _____

Dirección _____

Teléfono _____ Relación _____

Nombre del cliente _____

IMPORTANTE: para recibir fondos públicos para el pago de un tratamiento de abuso de sustancias, **debe** completar un **Formulario de elegibilidad según los ingresos**; de lo contrario, deberá pagar el tratamiento.

Situación laboral Con empleo Desempleado Estudiante Discapacitado Otro _____

Información sobre ingresos Tiempo completo Medio tiempo Independiente De temporada Obrero

Salario bruto anual (antes de impuestos) \$ _____ Salario bruto mensual \$ _____

OTRO INGRESO:

¿Está recibiendo Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) actualmente? Sí No
¿Asistencia Pública General? Sí No Ingreso mensual total: \$ _____

¿Está embarazada actualmente? Sí No No lo sé No aplicable

¿Ha dado a luz un bebé en los últimos 12 meses? Sí No

¿Tiene hijos menores de 17 años? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuántos? _____

Marque todas las opciones aplicables:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Compensación por accidente de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Beneficios para sobrevivientes/ retiro | <input type="checkbox"/> Pensión o anualidad |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por incapacidad | <input type="checkbox"/> Intereses o dividendos |
| <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo | <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de incapacidad del estado | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo de amigos o familiares |
| <input type="checkbox"/> Trabajo extra | <input type="checkbox"/> Ingreso de rentas (No las que usted paga) |

¿Paga un centro de día para un niño o adulto discapacitado? Sí No Si la respuesta es sí, indicar monto \$ _____

¿Paga manutención de los hijos o una pensión alimenticia? Sí No

Si la respuesta es sí, indicar monto \$ _____

¿Ha sido condenado por DUI desde el 2005? _____ ¿Cuántas veces? ____ Tarjeta SBI No. _____

Situación legal actual:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sin problemas legales | <input type="checkbox"/> Suspensión de licencia DWI |
| <input type="checkbox"/> Caso pendiente | <input type="checkbox"/> DCP&P o tribunal de familia |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de drogas | <input type="checkbox"/> Libertad condicional |
| <input type="checkbox"/> Libertad provisional | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |

¿Ha figurado alguna vez como delincuente sexual en virtud de la Ley Megan? Sí No

¿En qué Nivel se lo ha clasificado? Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3