DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONÓMICO DE ARIZONA
Administración de Empleos
Programa de Jobs

# Guía de Asesoramiento para la Administración de Casos

## El Propósito

El propósito de esta guía de asesoramiento es para ayudar al administrador de casos del Programa Jobs a mejor conocer las destrezas de empleo más sobresalientes de cada participante y también para comprender las presiones y los problemas que enfrentan cada día mientras trabajan para mantener a sus familias. Todo lo que usted converse con su administrador de casos será absolutamente confidencial, así que por favor sea lo más franco posible.

Una variedad de preguntas se le preguntarán acerca de sus empleos pasados, las necesidades de su familia y de los problemas serios que usted está pasando y que afectan la habilidad de mantener el empleo que usted necesita. Su administrador de casos sabe cuáles servicios están disponibles en su comunidad para asistirle a mantener a su familia con éxito. Pero primero ellos necesitan identificar cuales son sus destrezas de empleo y los retos que usted enfrenta diariamente.

El primer juego de preguntas, después de la sección Información Básica, son preguntas de empleo como las cuales empleadores generalmente le preguntarán en un punto durante el proceso de ofrecerle empleo. Identificando sus destrezas de empleo más sobresalientes, su administrador de casos lo puede dirigir a un empleo que será un éxito para usted. El segundo juego de preguntas trata con necesidades familiares diarias como cuidado de niños, transportación, vivienda, comida y seguro de salud. Los administradores de casos saben que las necesidades pueden acumularse haciéndole difícil obtener y mantener un empleo para mantener a su familia.

El tercer juego de preguntas tiene que ver con problemas serios que unos participantes del Programa Jobs y muchos otros en la comunidad tienen que enfrentar y superar. Estas preguntas son personales y no afectan a todos los participantes del Programa Jobs. Pero sí son preguntas importantes que tienen que ser preguntadas. Si no son relacionadas con usted personalmente, eso es bueno. Pero su administrador de casos no puede ayudarle si estas preguntas no son preguntadas, así que sea franco respondiéndolas.

## Instrucciones

Por favor conteste todas las preguntas lo más franco posible. Si hay alguna pregunta que no sabe cómo contestar, o si no la entiende, pásela y su administrador de caso hablará con usted sobre la pregunta. En la mayoría de las preguntas usted tendrá que escoger la mejor respuesta. Pero existen algunas preguntas que le pedirán que marque todas las respuestas posibles, así qué también esté pendiente de estas instrucciones especiales. También, en ciertas ocasiones le pedirán que pase a otra pregunta porque no tiene relación con usted, así que esté pendiente.

*¡Gracias!*

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para esto, comuníquese con su gerente de caso. • Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con su gerente de caso.

# Sección Uno: Información Básica

**La guía de asesoramiento empieza por obtener información básica del participante. Esta información es importante para que los representantes del Programa de Jobs puedan comunicarse con usted, y también para que puedan darle referencias de servicios a su familia y para estar seguros que no haya algún otro programa que pueda ayudarle mejor a su familia.**

1. **Fecha:** _____ / _____ / _____

2. **Su nombre:** _____
   *Apellidos* *Primer* *Inicial*

3. **Su Número de Seguro Social:** _____–_____–_____

4. a. **Su domicilio:** _____
   *Num. de casa, calle* *Apt./Espacio*

   _____
   *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

4. b. **Su domicilio:** _____
   *Num. de casa, calle* *Apt./Espacio*

   _____
   *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

5. **Su Número de Teléfono:** a. Casa (_____) _____

   b. Mensaje #1 (_____) _____

   c. Mensaje #2 (_____) _____

6. **Su Fecha de Nacimiento:** _____

7. **Su Estado Matrimonial:** A. ☐ Casado(a) B. ☐ Nunca Casado(a) C. ☐ Divorciado(a) D. ☐ Separado(a) E. ☐ Viudo(a)

8. a. **¿Es usted mujer o hombre?** A. ☐ Mujer B. ☐ Hombre *(Pase a la pregunta #9)*

   b. **Si usted es mujer, ¿está usted embarazada?** A. ☐ Sí B. ☐ No

9. **¿Tiene algun(a) niño(a) con menos de un (1) año de edad?** A. ☐ Sí B. ☐ No

10. **¿Es usted miembro de una tribu?** A. ☐ Sí B. ☐ No_____

    *Si sí, de cuál(es) tribu(s)?* _____

11. **¿Son miembros de una tribu su esposa(o) o cualesquier niño(a)?** A. ☐ Sí B. ☐ No

    *Si sí, de cuál(es) tribu(s)* _____

12. **¿Tiene *usted* una incapacidad física o de comportamiento que se ha diagnosticado por un profesional médico y ha durado o durará por más de un año?** A. ☐ Sí B. ☐ No

13. **¿Tiene algún *niño o adulto dependiente* que usted tiene que cuidar, que tenga una incapacidad física o de comportamiento, que se ha diagnosticado por un profesional médico y que haya durado, o que dure por un año o más?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No

# Sección Dos: Disponibilidad para Trabajar

**Esta sección está diseñada para ayudar al administrador de caso a mejor entender sus destrezas sobresalientes y sus habilidades. El encargado de su caso utilizará esta información para ayudarle a obtener un empleo donde pueda tener el mayor éxito posible. Le harán preguntas sobre su historial de empleo, sus empleadores recientes, historia salarial y su educación o capacitación.**

## Historia General de Empleo

1. **¿Usted está trabajando actualmente?**
   A. ☐ Sí, tiempo completo
   B. ☐ Si, tiempo medio y no seguido
   C. ☐ No, pero estoy listo para empezar inmediatamente
   D. ☐ No, y necesito algunos servicios de ayuda para empezar
   E. ☐ No, porque tengo una incapacidad y esto lo dificulta
   F. ☐ No, porque estoy bajo permiso médico u otro
   G. ☐ No, porque estoy de estudiante de tiempo completo
   H. ☐ Nunca he tenido un trabajo y necesito ayuda para empezar

***Si nunca antes ha tenido un trabajo,* vaya a la pregunta # 3.**

2. **¿Por qué se terminaron sus últimos tres empleos?** *(Marque todos los que apliquen)*

| Último Trabajo | 2do Trabajo | 3er Trabajo |
|---|---|---|
| A. ☐ Actualmente empleado | A. ☐ Actualmente empleado | A. ☐ Actualmente empleado |
| B. ☐ Quería mejor trabajo | B. ☐ Quería mejor trabajo | B. ☐ Quería mejor trabajo |
| C. ☐ No había trabajo, despedido | C. ☐ No había trabajo, despedido | C. ☐ No había trabajo, despedido |
| D. ☐ Cambio de hogar | D. ☐ Cambio de hogar | D. ☐ Cambio de hogar |
| E. ☐ Trabajo temporal/diario | E. ☐ Trabajo temporal/diario | E. ☐ Trabajo temporal/diario |
| F. ☐ Pago demasiado bajo | F. ☐ Pago demasiado bajo | F. ☐ Pago demasiado bajo |
| G. ☐ Problemas de cuidado de niños | G. ☐ Problemas de cuidado de niños | G. ☐ Problemas de cuidado de niños |
| H. ☐ Problemas de transportación | H. ☐ Problemas de transportación | H. ☐ Problemas de transportación |
| I. ☐ Problemas familiares | I. ☐ Problemas familiares | I. ☐ Problemas familiares |
| J. ☐ Salud, depresión | J. ☐ Salud, depresión | J. ☐ Salud, depresión |
| K. ☐ Requería demasiado | K. ☐ Requería demasiado | K. ☐ Requería demasiado |
| L. ☐ No podía llevarme bien | L. ☐ No podía llevarme bien | L. ☐ No podía llevarme bien |
| M. ☐ Disciplina | M. ☐ Disciplina | M. ☐ Disciplina |
| N. ☐ Otra | N. ☐ Otra | N. ☐ Otra |
| O. ☐ Nunca he trabajado | O. ☐ Nunca he trabajado | O. ☐ Nunca he trabajado |

3. **¿Puede trabajar en algunos estos turnos de "tiempo irregular"?**
   A. ☐ No B. ☐ Sí *Si sí, marque todos los que apliquen:* 1. ☐ Tardes 2. ☐ Noches 3. ☐ Fin de Semana/Días Festivos

4. **¿Cuándo fue la última vez que usted entregó una solicitud de empleo?**
   A. ☐ Esta última semana B. ☐ Hace 2 a 4 semanas C. ☐ El mes pasado
   D. ☐ Hace 2 a 3 meses E. ☐ Hace más de 3 meses F. ☐ Hace más de 1 año

5. **¿Tiene usted una licencia de manejar actualmente válida?**
   A. ☐ Sí, licencia "regular" de Arizona B. ☐ Sí, licencia comercial de Arizona
   C. ☐ Si, pero es de otro estado D. ☐ No, no tengo licencia de manejar

6. **¿Es usted dueño de un carro (o troca)?** A. ☐ No B. ☐ Sí *Si sí, marque todos los que apliquen*
   1. Funciona actualmente? ☐ Sí ☐ No
   2. Puede depender del vehículo? ☐ Sí ☐ No
   3. Tiene seguro el vehículo? ☐ Sí ☐ No
   4. Está registrado? ☐ Sí ☐ No

7. **¿Usted está dispuesto a manejar más de 30 minutos para ir al trabajo diariamente?**
   A. ☐ Sí, yo puedo manejar más de 30 minutos para llegar al trabajo cada día
   B. ☐ No, yo no puedo manejar más de 30 minutos para llegar al trabajo cada día

**Sí usted ha tenido un trabajo anteriormente, por favor vaya a la próxima página y llene la Subsección de Empleadores y Salarios sobre sus últimos 3 empleadores.**

***Sí usted nunca ha tenido un trabajo anteriormente*, por favor vaya a la Subsección de Educación y Entrenamiento que empieza en la página 5.**

# Sección Dos - Disponibilidad para Trabajar - *continuación*

## Empleadores Recientes y Salarios

### EMPLEADOR MÁS RECIENTE

1. **¿El nombre de la compañía para la cual trabajó últimamente?** _____
   *(Escriba "AUTO EMPLEADO" si usted trabajó por sí mismo[a])*
2. **¿Cuántas horas por semana trabajaba (trabaja) usted normalmente?**
   A. ☐ 40 o más B. ☐ 24 a 39 C. ☐ 1 a 24
3. **¿Cuánto le pagan/pagaban por hora al iniciar su empleo?** **$**_____ ._____ (☐ más propinas)
4. **¿Cuánto le pagan/pagaban por hora al terminar (actualmente)?** **$**_____ ._____ (☐ más propinas)
   (☐ Marque aquí si su trabajo era voluntario)
5. **¿Cuáles son las fechas de su empleo?**
   De: _____ / _____ / _____ Hasta: _____ / _____ / _____ (☐ Todavía tengo trabajo)
6. **¿Cuánto tiempo tuvo entre este trabajo y el último?**
   A. ☐ 1 día a 3 meses C. ☐ 6 meses a 1 año
   B. ☐ 3 meses a 6 meses D. ☐ Más de un año
7. **¿Qúe tipo de trabajo hacía (hace) para este empleador?**
   A. ☐ Cocina, mesero(a), otro
   B. ☐ Cuidado de salud
   C. ☐ Conserje/cuidado de casa/mantenimiento
   D. ☐ Ventas: menoreo, teléfono, mayoreo
   E. ☐ Secretarial/oficina
   F. ☐ Agrícola/granja
   G. ☐ Cuidado de niños, adultos/ayudante de maestra/biblioteca
   H. ☐ Construcción/instalación/extracción
   I. ☐ Manufactura
   J. ☐ Transportación/mudanza
   K. ☐ Mantenimiento/edificios/ajardinar
   L. ☐ Servicios de seguridad/guardia
   M. ☐ Entretenimiento/casinos
   N. ☐ Computadoras/otro téchnico
   O. ☐ Todo otro
8. **Si usted supervisó a otras personas, ¿cuántas(os) supervisa(ó) o administra(ó)?**
   A. ☐ Ninguno B. ☐ 1 a 3 C. ☐ 4 a 12 D. ☐ Más de 12

### 2DO EMPLEADOR MÁS RECIENTE

1. **¿El nombre de la compañía para la cual trabajó últimamente?** _____
   *(Escriba "AUTO EMPLEADO" si usted trabajó por sí mismo[a])*
2. **¿Cuántas horas por semana trabajaba (trabaja) usted normalmente?**
   A. ☐ 40 o más B. ☐ 24 a 39 C. ☐ 1 a 24
3. **¿Cuánto le pagan/pagaban por hora al iniciar su empleo?** **$**_____ ._____ (☐ más propinas)
4. **¿Cuánto le pagan/pagaban por hora al terminar (actualmente)?** **$**_____ ._____ (☐ más propinas)
   (☐ Marque aquí si su trabajo era voluntario)
5. **¿Cuáles son las fechas de su empleo?**
   De: _____ / _____ / _____ Hasta: _____ / _____ / _____ (☐ Todavía tengo trabajo)
6. **¿Cuánto tiempo tuvo entre este trabajo y el último?**
   A. ☐ 1 día a 3 meses C. ☐ 6 meses a 1 año
   B. ☐ 3 meses a 6 meses D. ☐ Más de un año
7. **¿Qúe tipo de trabajo hacía (hace) para este empleador?**
   A. ☐ Cocina, mesero(a), otro
   B. ☐ Cuidado de salud
   C. ☐ Conserje/cuidado de casa/mantenimiento
   D. ☐ Ventas: menoreo, teléfono, mayoreo
   E. ☐ Secretarial/oficina
   F. ☐ Agrícola/granja
   G. ☐ Cuidado de niños, adultos/ayudante de maestra/biblioteca
   H. ☐ Construcción/instalación/extracción
   I. ☐ Manufactura
   J. ☐ Transportación/mudanza
   K. ☐ Mantenimiento/edificios/ajardinar
   L. ☐ Servicios de seguridad/guardia
   M. ☐ Entretenimiento/casinos
   N. ☐ Computadoras/otro téchnico
   O. ☐ Todo otro
8. **Si usted supervisó a otras personas, ¿cuántas(os) supervisa(ó) o administra(ó)?**
   A. ☐ Ninguno B. ☐ 1 a 3 C. ☐ 4 a 12 D. ☐ Más de 12

# Sección Dos - Disponibilidad para Trabajar - *continuación*

## Empleadores Recientes y Salarios - *continuación*

**3ER EMPLEADOR MÁS RECIENTE**

1. **¿El nombre de la compañía para la cual trabajó últimamente?** _____
   *(Escriba "AUTO EMPLEADO" si usted trabajó por sí mismo[a])*
2. **¿Cuántas horas por semana trabajaba (trabaja) usted normalmente?**
   A. ☐ 40 o más B. ☐ 24 a 39 C. ☐ 1 a 24
3. **¿Cuánto le pagan/pagaban por hora al iniciar su empleo?** **$**_____ ._____ (☐ más propinas)
4. **¿Cuánto le pagan/pagaban por hora al terminar (actualmente)?** **$**_____ ._____ (☐ más propinas)
   (☐ Marque aquí si su trabajo era voluntario)
5. **¿Cuáles son las fechas de su empleo?**
   De: _____ / _____ / _____ Hasta: _____ / _____ / _____ (☐ Todavía tengo trabajo)
6. **¿Cuánto tiempo tuvo entre este trabajo y el último?**
   A. ☐ 1 día a 3 meses C. ☐ 6 meses a 1 año
   B. ☐ 3 meses a 6 meses D. ☐ Más de un año
7. **¿Qúe tipo de trabajo hacía (hace) para este empleador?**
   A. ☐ Cocina, mesero(a), otro
   B. ☐ Cuidado de salud
   C. ☐ Conserje/cuidado de casa/mantenimiento
   D. ☐ Ventas: menoreo, teléfono, mayoreo
   E. ☐ Secretarial/oficina
   F. ☐ Agrícola/granja
   G. ☐ Cuidado de niños, adultos/ayudante de maestra/biblioteca
   H. ☐ Construcción/instalación/extracción
   I. ☐ Manufactura
   J. ☐ Transportación/mudanza
   K. ☐ Mantenimiento/edificios/ajardinar
   L. ☐ Servicios de seguridad/guardia
   M. ☐ Entretenimiento/casinos
   N. ☐ Computadoras/otro téchnico
   O. ☐ Todo otro
8. **Si usted supervisó a otras personas, ¿cuántas(os) supervisa(ó) o administra(ó)?**
   A. ☐ Ninguno B. ☐ 1 a 3 C. ☐ 4 a 12 D. ☐ Más de 12

## Educación y Entrenamiento

1. **¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado en la escuela?**
   A. ☐ Primaria (grado 8vo o menos)
   B. ☐ Algo de escuela secundaria (grado 9no, 10mo, 11vo o algunos 12vo)
   C. ☐ Graduado(a) de secundaria/GED
   D. ☐ Materias colegiales/diploma de 2 años
   E. ☐ Diploma colegial de 2 años o más
   F. ☐ Licenciatura de 4 años o más
2. **¿Está en la escuela o en programa de entrenamiento o tomando clase(s) de idioma(s)?**
   A. ☐ No B. ☐ Sí *Si sí, que es/son?*
   _____
3. **¿Ha recibido algún trabajo que se considere como entrenamiento en sí mismo *(on the job training)* que le ayude a obtener un nuevo empleo ahora?**
   A. ☐ No B. ☐ Sí *Si sí, que es/son?* _____
   _____
4. **¿Ha recibido algún entrenamiento para algún oficio técnico (plomería, electricidad, carpintería, etc.), o para algún puesto técnico (electrónica, computadoras, mecánica, etc.)?**
   A. ☐ No B. ☐ Sí *Si sí, que es/son?* _____
   _____
5. **¿Tiene alguna licencia ocupacional, certificado vocacional u otros éxitos *(accomplishments)* que le pudieran ayudar a obtener y mantener este empleo?** A. ☐ No B. ☐ Sí *Si sí, que es/son?*
   _____
6. **¿Tiene usted algunas destrezas, experiencias o conocimientos que le pudieran ayudar a obtener o mantener un empleo?**
   A. ☐ No B. ☐ Sí *Si sí, que es/son?* _____
   _____
7. **¿Qué idiomas sabe usted relativamente bien?** *(Marque todas las que apliquen)*
   A. ☐ Inglés B. ☐ Español C. ☐ Navajo D. ☐ Hopi E. ☐ Otro: _____

# Sección Tres - Necesidades Familiares

**En esta sección la guía de asesoramiento se dirige a las necesidades de apoyo que cada familia experimenta. Si estas necesidades incrementan demasiado, esta situación puede prevenir que las familias se conviertan en autosuficientes. La mayoría de las preguntas en esta sección tienen que ver con los servicios que un administrador de casos del Programa de Jobs puede proporcionar a los participantes de Jobs, dependiendo en qué parte del estado viven y el dinero disponible.**

1. **¿Qué tipo de transportación usa usted actualmente para llegar al trabajo y a citas importantes como citas médicas?** *(Marque todas las que apliquen)*
   A. ☐ Mi propio carro
   B. ☐ Carro prestado
   C. ☐ Autobús/Dial-a-Ride
   D. ☐ Familia o amigos me llevan
   E. ☐ Taxi o mini bus (Shuttle)
   F. ☐ Camina, bicicleta o mini moto
   G. ☐ Iglesias, grupos religiosos
   H. ☐ Otra
   I. ☐ Ninguna, no tengo medio de transporte

2. **¿Tiene niños que necesitan cuidado de niños o cuidado para después de la escuela para que usted pueda obtener y mantener un trabajo y así apoyar a su familia?**
   ☐ No, no tengo niños que necesiten cuidado o supervisión alternativa.
   *(Si no tiene niños que necesiten cuidado de niños, vaya a la pregunta #4)*
   ☐ Sí *(Si sí, marque todos los que apliquen)*

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Yo tengo cuidado de niños "regular" | ☐ Sí | ☐ No | |
| 2. Yo tengo cuidado de niños en la tarde y los fines de semana | ☐ Sí | ☐ No | ☐ No necesito |
| 3. Yo tengo cuidado de niños para cuando se enferman | ☐ Sí | ☐ No | ☐ No necesito |
| 4. No tengo cuidado de niños | ☐ Sí | ☐ No | ☐ No necesito |

3. **¿Quién le proporciona cuidado de niños actualmente o cuidado después de la escuela, cuando usted trabaja o se presenta a citas importantes?** *(Marque todas las que apliquen)*
   A. ☐ Centro para el cuidado de niños
   B. ☐ Escuela, pre-escuela, Head Start
   C. ☐ Familia/ amigos en el hogar
   D. ☐ Familia/ amigos no del hogar
   E. ☐ Cooperativas, basadas en casa
   F. ☐ Compañero(a) del hogar
   G. ☐ Iglesias, grupos religiosos
   H. ☐ Otro

4. **¿Tienen sus hijos seguro médico con el programa de AHCCCS o una compañía privada?**
   A. ☐ Sí, todos tienen seguro B. ☐ Algunos sí, algunos no C. ☐ No, ninguno

5. **¿Tiene *usted* seguro médico con el programa de AHCCCS o una compañía privada?**
   A. ☐ Sí, si tengo B. ☐ No, ninguno

6. **¿Algunos de sus hijos tienen problemas (legales, con drogas, de consejería, en la escuela, etc.) que le dificultan a usted obtener y mantener el trabajo que usted necesita para apoyar a su familia?**
   A. ☐ Sí B. ☐ No

7. **¿Usted actualmente recibe asistencia de renta del programa de Sección 8 o de vivienda por medio del programa federal HUD?**
   A. ☐ Sí B. ☐ No

8. **¿Usted actualmente recibe asistencia con sus gastos eléctricos, de agua o teléfono?**
   A. ☐ Sí B. ☐ No

9. **¿Actualmente, cual es su situación de vivienda?**
   A. ☐ La familia y yo estamos *en nuestra propia casa*, solos
   B. ☐ La familia y yo *compartimos nuestra casa* con otros, permanentemente
   C. ☐ La familia y yo *compartimos nuestra casa* con otros, temporalmente
   D. ☐ La familia y yo compartimos *casa ajena*, permanentemente
   E. ☐ La familia y yo compartimos *casa ajena*, temporalmente
   F. ☐ No tenemos casa o estamos viviendo en un albergue *(Pase a la pregunta #12)*

10. **¿Está usted al corriente con el pago de su renta (o pagos de hipoteca)?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No *Sí no:*
    1. ¿Cuántas semanas está atrasado(a) con los pagos? _____
    2. ¿Actualmente cuánto debe? $_____ ._____

# Sección Tres - Necesidades Familiares - *continuación*

11. **¿Demorarse en sus pagos de renta es un problema que le ocurre seguido? O ha ocurrido algún cambio en su vida recientemente que resultaŕa en dificultar pagar la renta en el futuro?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
12. **¿Tiene ropa adecuada para su trabajo para así obtener y mantener el trabajo que necesita?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
13. **¿Tienen sus hijos(as) ropa adecuada para la escuela y para mantenerse bien abrigados?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
14. **¿Tiene lentes o pupilentes adecuados para leer, manejar y trabajar?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
15. **¿Tiene problemas dentales severos que necesiten arreglo para poder obtener y mantener un empleo?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
16. **¿Usted o su familia ha tenido que pasar tiempos sin comida porque no tenía dinero para comprarla?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
17. **¿El no tener comida ha sido un problema frecuente, o ha ocurrido algún cambio en su vida recientemente que resultará en dificultar la compra de comida en el futuro?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
18. **¿Su familia ha tenido que ir a algunas de las siguientes fuentes de comida?** *(Marque todos los que apliquen)*
    A. ☐ Estampillas para comida (Food Stamps)
    B. ☐ Programa de WIC
    C. ☐ Bancos de comida
    D. ☐ Familia o amigos
    E. ☐ Programa escolar de comida gratuita
    F. ☐ Programa comunitario de comida
    G. ☐ Iglesias, grupos religiosos
    H. ☐ Vecinos, campos agrícolas, todo otro
    I. ☐ No, ninguno se ha necesitado
19. **¿Su familia ha necesitado los servicios u otro tipo de ayuda de alguna organización local o comunitaria, recientemente?** *(Marque todos los que apliquen)*
    A. ☐ Programas escolares (Head Start, after school)
    B. ☐ Centros comunitarios / Tribus
    C. ☐ Tiendas de artículos donados
    D. ☐ Iglesias, grupos religiosos
    E. ☐ Grupos minoritarios (CPLC, NAACP)
    F. ☐ Salvation Army o grupo similar
    G. ☐ Programas comunitarios de apoyo
    H. ☐ Ferias de salud, programas de acercamiento
    I. ☐ Servicios contra violencia doméstica, la albergue
    J. ☐ Otras organizaciones locales y comunitarias
    K. ☐ Asistencia legal
    L. ☐ No, no he usado los servicios de apoyo comunitario recientemente
20. **Usted puede calificar para otros programas gubernamentales/ públicos que pueden ayudarle a usted y a su familia. De la lista abajo, por favor marque todos los programas gubernamentales que su familia actualmente usa. Su administrador de casos le informará sobre los otros programas para cuales pueda calificar.** *(Marque todos los que apliquen)*
    A. ☐ Servicios de empleo (a.k.a. "Job Services"; diferente al Programa de Jobs)
    B. ☐ Seguro por desempleo
    C. ☐ Programa para discapacitados, servicios para determinación, y abogacía
    D. ☐ Programa para jóvenes y familias (Family Builders, Arizona Families First, CPS, Foster Care)
    E. ☐ Rehabilitación vocacional
    F. ☐ Servicios de salud sobre el comportamiento (consejería)
    G. ☐ DES Cuidado de niños (Child Care)
    H. ☐ Albergues de violencia doméstica o consejería, educación después de albergue
    I. ☐ Servicios para adultos y ancianos (ALTCS, home care, older worker program)
    J. ☐ Programas de acercamiento de salud (Healthy Families, Baby Arizona, public health screening, etc.)
    K. ☐ HUD programas de viviendas (Subsidies, legal aid, shelters, Arizona Housing Authority)
    L. ☐ Pagos de servicios de agua, electricidad, etc. (weatherization and utility repair assistance)
    M. ☐ Servicios legales
    N. ☐ ¿Cual quier otro programa gubernamental o público? *(Por favor escriba en lista)*: _____

_____

_____

_____

_____

# Sección Cuatro: Barreras al Empleo

**Esta sección asesora el tipo y hasta qué punto ha tenido barreras que le impidan a usted el obtener y mantener el trabajo que usted necesita para poder apoyar a su familia exitosamente. Es muy importante que usted sea lo más franco posible al contestar estas preguntas. Muchas personas no pueden ser empleadas hasta que estas barreras se eliminen. El administrador de su caso del Programa de Jobs mantendrá toda información que usted provea confidencial, y la necesita para poder ayudarle a usted lo más posible.**

1. **¿*Usted* tiene algún problema de salud que le dificulte el obtener y mantener el trabajo que necesita para apoyar a su familia exitosamente?**
   A. ☐ Sí B. ☐ No
2. **¿*Usted* tiene algún problema de salud mental/de comportamiento que le dificulte el obtener y mantener el trabajo que necesita para apoyar a su familia exitosamente (incluyendo depresión, ansiedad, uso de alcohol/drogas)?**
   A. ☐ Sí B. ☐ No
3. **¿Generalmente, cúales han sido los resultados de sus estudios o entrenamiento?**
   A. ☐ Muy bien B. ☐ Bien C. ☐ Normal D. ☐ No bien E. ☐ No muy bien
4. **¿Estuvo usted en algunas clases de educación especial cuando estuvo en la escuela?**
   A. ☐ No B. ☐ Sí
5. **¿Necesita usted un traductor o ayuda para aprender inglés y así obtener y mantener el trabajo que usted necesita?**
   A. ☐ No B. ☐ Sí
6. **¿Usted ha estado ausente de su trabajo por festejar demasiado?**
   A. ☐ Sí B. ☐ No
7. **¿Usted ha pensado que quizá debe de tomar menos o usar drogas menos frecuentemente?**
   A. ☐ Sí B. ☐ No
8. **¿Usted se ha molestado porque algunas personas le han criticado el tomar o uso de drogas?**
   A. ☐ Sí B. ☐ No
9. ¿**Algún *miembro de su familia* tiene problemas de salud física y que le dificultan a usted el obtener y mantener el trabajo que necesita para apoyar a su familia exitosamente?**
   A. ☐ Sí B. ☐ No
10. **¿Algún *miembro de su familia* tiene problemas de salud mental/de comportamiento y que le dificultan a usted el obtener y mantener el trabajo que necesita para apoyar a su familia exitosamente (incluyendo depresión, ansiedad, uso de alcohol/drogas)?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
11. **¿Usted ha sido convicto de una felonía?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
12. **¿Usted está en libertad condicional o bajo palabra de honor actualmente?**
    A. ☐ Sí B. ☐ No
13. **¿Usted o algún miembro de su familia está involucrado en algún proceso en la corte o con la policía y que le dificulta a usted el obtener y mantener el trabajo que necesita para apoyar a su familia exitosamente?**
    A. ☐ No B. ☐ Sí, yo C. ☐ Sí, un miembro familiar
    *Si usted contesto "Sí, yo", o "Sí, un miembro familiar", por favor descríbanos que tipo de proceso es, especialmente si afecta el que usted obtenga y mantenga un trabajo.*
    _____
    _____
    _____
14. **¿Usted o algún miembro de su familia está aguantado violencia doméstica de algún tipo?**
    A. ☐ Sí, yo B. ☐ Sí, un miembro familiar C. ☐ No
15. **¿Usted o algún miembro de su familia está aguantado abusos físicos, emocionales o financieros?**
    A. ☐ Sí, yo B. ☐ Sí, un miembro familiar C. ☐ No
16. **¿Tiene usted alguna barrera para ser empleado que no se mencionó en las preguntas del 1 al 15 y que le dificultan el obtener y mantener el trabajo que necesita para apoyar a su familia?**
    A. ☐ No B. ☐ Sí *Si sí, por favor describa esa barrera* _____
    _____
    _____
    _____