



The Department of Human Services in Partnership with the Departments of Economic Development, Education, Human Rights, Management, and Workforce Development.

Self-Assessment (Auto evaluación)

Para recibir ayuda económica en efectivo de Iowa Family Investment Program (FIP), debe participar del programa PROMISE JOBS. Conteste las siguientes preguntas para que usted y su asistente de PROMISE JOBS puedan identificar los servicios de PROMISE JOBS que sean más convenientes para usted. Ofrecemos diversos tipos de asistencia y adaptaciones para su beneficio. Por favor conteste todas las preguntas de forma completa. **(Escriba en letra de molde).**

Acerca de Usted

Número de Social Security: ____ - ____ - ____ Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfonos:

| | | |
|------------|---------|----------|
| Particular | Celular | Mensajes |
|------------|---------|----------|

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Alguna vez utilizó otro nombre? Sí No

En caso afirmativo, indique los nombres que usó. _____

Personas en su Hogar

Indique todas las personas que viven en su hogar, sus fechas de nacimiento y qué relación tienen con usted. En el caso de niños en edad escolar, indique el grado y el nombre de la escuela.

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación con usted | Grado escolar | Nombre de la Escuela |
|--------|---------------------|--------------------|---------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

1. ¿Necesita ayuda con el cuidado de sus hijos para poder trabajar o participar en las actividades de PROMISE JOBS? Sí No

Si contestó sí, indique los niños que necesitan cuidado: _____

Si contestó sí, ¿tiene un proveedor de cuidado infantil? Sí No

Si contestó sí, indique qué persona o agencia cuidará a los niños: _____

| | | | |
|----------------------|--|--------------------|---------------|
| Nombre del Proveedor | | Número de Teléfono | |
| Domicilio | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal |

2. ¿Hay niños u otras personas en su hogar con problemas especiales que dificultan que usted pueda trabajar? Sí No

Si contestó sí, indique el/los nombre(s): _____

Si contestó sí, marque todos los que correspondan: Enfermedad

Discapacidad física Desorden mental/emocional/de conducta

¿Cómo afecta esto su posibilidad de trabajar? _____

3. ¿Alguno de sus hijos recibe o ha solicitado SSI u otros beneficios? Sí No

Si contestó sí, por favor describa: _____

4. ¿Han existido actos violentos o amenazas contra usted, sus hijos u otras personas de su familia recientemente? Sí No

Si contestó sí, por favor describa: _____

5. ¿Existen otras circunstancias familiares que podrían dificultar que usted trabaje?

Sí No

Si contestó sí, por favor describa: _____

6. Información de planeamiento familiar y remisión:

¿Desea información o remisión a los servicios de asesoramiento de planificación familiar?

Sí No

No escriba en este espacio. Para uso exclusivo del personal.

Es necesario intervenir Sí No

Historial Laboral

7. ¿Trabaja actualmente? Sí No

Si contestó sí, nombre de su empleador: _____

Si contestó sí, ¿cuántas horas trabaja por semana? _____ Salario por hora: _____

8. En una escala del 1 al 5, marque con un círculo su grado de aptitud para trabajar.

No puedo trabajar. = 1 2 3 4 5 = Estoy capacitado para trabajar.

Por favor, explique el valor seleccionado: _____

9. ¿Alguna vez tuvo empleo? Sí No

Si contestó sí, por favor conteste lo siguiente:

¿Cuándo tuvo empleo por última vez? _____

¿Cuál fue el empleo en el que trabajó por más tiempo? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Cuántos empleos ha tenido en su vida aproximadamente? _____

10. ¿Alguna vez trabajó como voluntario? Sí No
 Si contestó sí, ¿cuándo fue la última vez que tuvo un puesto como voluntario? _____
 ¿Dónde? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
11. ¿Alguna vez sirvió en las fuerzas armadas? Sí No
 Si contestó sí, mencione en qué fuerza sirvió y las fechas: _____
 Tipo de baja: _____
12. ¿Qué tipos de trabajos puede realizar y qué habilidades posee? Por favor, describa.

13. Si pudiera elegir, ¿qué tipo de trabajo le gustaría hacer?

No escriba en este espacio. Para uso exclusivo del personal.

Es necesario intervenir Sí No

Educación

14. ¿Cuál es el grado escolar más alto que completó? _____
15. ¿Completó: GED Fecha de finalización: _____
 Secundaria Fecha de graduación: _____
 Inst. de Formación Profesional: Especialización _____
 Universidad: Especialización _____ Esp. secundaria _____
16. ¿Estudia actualmente? Sí No
 Si contestó sí: Tiempo completo Medio tiempo
 Si contestó sí, ¿dónde? _____
17. ¿Posee algún título o certificado profesional? Sí No
 Si contestó sí, describa _____
18. ¿Le interesa volver a estudiar o capacitarse? Sí No
 Si contestó sí, describa _____
19. ¿Sufre de desórdenes de aprendizaje, o tuvo problemas para aprender o alcanzar el nivel escolar? Sí No
 Si contestó sí, describa _____
20. ¿Tiene dificultades para: deletrear? leer? matemáticas otros?
 Si contestó sí, describa _____
21. ¿Alguna vez estuvo en un programa de educación especial o de apoyo? Sí No

No escriba en este espacio. Para uso exclusivo del personal.

Es necesario intervenir Sí No

Ingresos

22. Marque todas las Fuentes de ingreso que correspondan ya sea que las reciba actualmente o las haya recibido en el pasado:
- Manutención de hijos Solicitada Recibe Denegada En apelación Ben. perdidos
- Seguro de desempleo Solicitada Recibe Denegada En apelación Ben. perdidos
- Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) Solicitada Recibe Denegada En apelación Ben. perdidos
- Seguro de Incapacidad de Social Security (SSDI) Solicitada Recibe Denegada En apelación Ben. perdidos
- Otros Solicitada Recibe Denegada En apelación Ben. perdidos
23. Si marcó "denegado", por favor explique: _____
24. Si marcó "en apelación", ¿tiene abogado? Sí No
25. Si marcó "beneficios perdidos", por favor explique: _____

No escriba en este espacio. Para uso exclusivo del personal.

Es necesario intervenir Sí No

Transporte

26. Indique todos los medios de transporte que utiliza: _____
- Si alguna de las fuentes no es confiable, por favor explique: _____
27. ¿Tiene licencia de conductor? Sí No Si contestó "no", ¿por qué? _____
28. ¿A qué distancia vive de la parada de autobús más cercana? _____
29. ¿A cuántas millas de distancia vive de la oficina de PROMISE JOBS? _____

No escriba en este espacio. Para uso exclusivo del personal.

Es necesario intervenir Sí No

Vivienda

30. ¿Cuánto tiempo hace que vive en su domicilio actual? _____
31. ¿Es su vivienda segura y estable? Sí No
Si contestó "no", explique _____
32. ¿Está recibiendo o ha solicitado una vivienda subsidiada? Sí No
Si contestó "sí", ¿a qué organización? _____

33. ¿Planea mudarse a otro domicilio? Sí No Si contestó "sí", ¿cuándo? _____

No escriba en este espacio. Para uso exclusivo del personal.

Es necesario intervenir Sí No

Salud Las respuestas a las preguntas 34-42 son voluntarias. Sin embargo, si decide responder algunas de las preguntas, las mismas ayudarán a su asistente a saber si usted tiene problemas para participar del programa.

34. ¿Tiene su familia un médico de cabecera? Sí No
Si contestó "sí", por favor indique el nombre de su médico: _____

Esta pregunta es para mujeres únicamente:

35. ¿Está embarazada? Sí No Si contestó "sí", fecha probable del parto: _____

36. ¿Sufre de problemas de salud temporarios que limitan su capacidad laboral o su participación en las actividades de PROMISE JOBS? Sí No
Si contestó "sí", ¿cuándo podrá trabajar? _____

37. ¿Sufre de problemas de salud permanentes que limitan su capacidad laboral o su participación en las actividades de PROMISE JOBS? Sí No

Si contestó "no", vaya a la pregunta #39. Si contestó "sí", marque los que corresponden:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias severas | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial | <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral/desorden neurológico | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Neuropatías | <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Síndrome por movimientos repetitivos | | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos/epilepsia | | | |
| <input type="checkbox"/> Uso de dispositivos de adaptación tales como prótesis, anteojos o audífonos | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | Explique: _____ | | |

38. Si marcó alguno de los problemas del ítem #37, en una escala del 1 al 5, marque con un círculo el grado de limitación para trabajar que le producen dichos problemas:

No puedo trabajar. = 1 2 3 4 5 = Trabajo.

39. ¿Tiene problemas físicos, mentales, emocionales, o de adicción que limitan su capacidad laboral? Sí No

Si contestó "sí", marque todos los que correspondan:

- Movilidad:** Por favor marque todos los ítems con los que tenga problemas.
- | | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Inclinarsse | <input type="checkbox"/> Arrodillarse | <input type="checkbox"/> Agacharse |
| <input type="checkbox"/> Trepár | <input type="checkbox"/> Gatear | <input type="checkbox"/> Girar | <input type="checkbox"/> Equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Viajar | <input type="checkbox"/> Otros explique: _____ | | |

- Autogestión:** Por favor marque todos los ítems con los que tenga problemas.
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ser confiable | <input type="checkbox"/> Seguir rutinas | <input type="checkbox"/> Cambios frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Ser puntual | <input type="checkbox"/> Ser organizado | <input type="checkbox"/> Planear actividades |
| <input type="checkbox"/> Tomar decisiones | <input type="checkbox"/> Iniciar actividades | |
- Otros explique: _____

- Habilidades Laborales:** Por favor marque todos los ítems con los que tenga problemas.
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Memoria | <input type="checkbox"/> Velocidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Lاپso de atención |
| <input type="checkbox"/> Coordinación vista-mano | <input type="checkbox"/> Comprensión | <input type="checkbox"/> Manejo del tiempo |
| <input type="checkbox"/> Destrezas matemáticas | <input type="checkbox"/> Manipulación de objetos | <input type="checkbox"/> Coordinación motora |
- Otros explique: _____

- Tolerancia Laboral:** Por favor marque todos los ítems con los que tenga problemas.
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resistencia física | <input type="checkbox"/> Frío/calor | <input type="checkbox"/> Gases/polvo |
| <input type="checkbox"/> Humedad ambiental | <input type="checkbox"/> Estar sentado | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a sust. químicas |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Absentismo | <input type="checkbox"/> Fuerza |
| <input type="checkbox"/> Velocidad de trabajo | <input type="checkbox"/> Trabajar con los brazos en alto | <input type="checkbox"/> Estar parado |
| <input type="checkbox"/> Cargar (libras, especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Cambios de temperatura | |
| <input type="checkbox"/> Ruido/vibraciones | <input type="checkbox"/> Trabajar en alturas | <input type="checkbox"/> Factores psicológicos |
- Otros explique: _____

Describa sus limitaciones con respecto a los ítems anteriores: _____

- Habilidades Interpersonales:** Por favor marque todos los ítems con los que tenga problemas.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cooperación | <input type="checkbox"/> Control emocional |
| <input type="checkbox"/> Comprensión de indicadores sociales | <input type="checkbox"/> Llevarse bien con otras personas |
| <input type="checkbox"/> Tacto | <input type="checkbox"/> Aceptación de supervisión |
- Otros explique: _____

- Comunicación:** Por favor marque todos los ítems con los que tenga problemas.
- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Conversación | <input type="checkbox"/> Escritura | <input type="checkbox"/> Completar solicitudes |
| <input type="checkbox"/> Lectura | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Hablar/entrevistar |
- Otros explique: _____

40. Sufro de otros problemas mentales/emocionales que limitan mi capacidad laboral.

- Sí No

Si contestó "sí", marque todos los que correspondan:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Conducta compulsiva | <input type="checkbox"/> Baja autoestima |
| <input type="checkbox"/> Violación/incesto | <input type="checkbox"/> Estrés post traumático | |
- Adicción a (marque con un círculo): Alcohol Drogas Juego Sexo Otro explique: _____

41. Si marcó el ítem anterior, ¿está recibiendo tratamiento psicológico? Sí No
 Si contestó "sí", ¿dónde? _____
 Si contestó "no", ¿le gustaría recibir tratamiento psicológico? Sí No
 Por favor explique _____
42. ¿Está tomando algún medicamento que limita su capacidad laboral? Sí No
 Si contestó "sí", por favor explique _____

No escriba en este espacio. Para uso exclusivo del personal.
 Es necesario intervenir Sí No

Legal

43. Un delito grave por drogas sucede cuando una persona es declarada culpable del consumo, posesión o de compartir una sustancia ilegal conforme a las leyes federales y estatales. ¿Ha sido declarado/a culpable de un delito grave relacionado con drogas cometido después del 22 de agosto de 1996? Sí No
 Si contestó "sí", por favor indique la fecha y el lugar de la sentencia _____
44. ¿Alguna vez ha sido sentenciado/a por un crimen? Sí No
45. ¿Se encuentra involucrado/a en algún proceso legal actualmente? (es decir, divorcio, proceso judicial, penal, civil, familiar, de tránsito) Sí No Si contestó "sí", por favor explique _____

No escriba en este espacio. Para uso exclusivo del personal.
 Es necesario intervenir Sí No

Comentarios o información adicional que el/la asistente de PROMISE JOBS debería conocer

46. Para conseguir y conservar un empleo necesito la siguiente ayuda. _____
47. Actualmente estoy trabajando con otra organización.
- Vocational Rehabilitation (Rehabilitación Ocupacional) Sí No
 ¿Se ha desarrollado un plan?: Sí No Nombre del asistente: _____
- Workforce Development (Desarrollo de Recursos Humanos) Sí No
 ¿Se ha desarrollado un plan?: Sí No Nombre del asistente: _____
- Family Development and Self Sufficiency (FaDSS) (Desarrollo y Autosuficiencia Familiar)
 Sí No
 ¿Se ha desarrollado un plan?: Sí No Nombre del asistente: _____
- Subsidized Housing (Vivienda Subsidiada) Sí No
 ¿Se ha desarrollado un plan?: Sí No Nombre del asistente: _____
- DHS Social Services (Servicios Sociales de DHS) Sí No
 ¿Se ha desarrollado un plan?: Sí No Nombre del asistente: _____
- Otros: Sí No ¿Se ha desarrollado un plan?: Sí No
 Nombre del asistente: _____
 Nombre de la organización: _____

Me gustaría que mi asistente de PROMISE JOBS supiera que: _____

Le daremos información y contestaremos todas sus preguntas. Si cree que no hemos respondido sus preguntas, por favor comuníquese con la oficina local de PROMISE JOBS y pida hablar con el/la supervisor(a) de PROMISE JOBS.

| | |
|----------|-------|
| Su firma | Fecha |
|----------|-------|