



**ALLIANCE CENTER**  
*for* **INDEPENDENCE**

www.adacil.org • 732-738-4388

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Número de teléfono: \_\_\_\_\_
4. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
5. Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Con qué sexo te identificas? (Elija a continuación)
  - Femenino
  - Masculino
  - No binario
  - Transgénero
  - Otro, explique: \_\_\_\_\_
7. ¿Qué describe mejor su orientación sexual? (Elija a continuación)
  - Heterosexual
  - Homosexual
  - Bisexual
  - Otro, explique: \_\_\_\_\_
8. Seleccione todo lo que describa su raza:
  - Blanco (incluidos los hispanos blancos)
  - Negro y/o afroamericano
  - Asiático
  - Indio americano o nativo de Alaska
  - Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
  - Dos o más razas
  - Otro, explique: \_\_\_\_\_
9. ¿Cuál es su idioma principal: \_\_\_\_\_
10. ¿Cuántas personas viven con usted en su casa? \_\_\_\_\_

11. ¿Cómo describiría su discapacidad? (Elija a continuación)

- Cognitiva
- Física
- Médica
- Mental o Emocional
- Uso de drogas
- Discapacidad visual
- Discapacidad auditiva
- Otro, describa: \_\_\_\_\_

12. ¿Está confinado en su casa o tiene extrema dificultad para salir solo?

- Sí
- No

13. ¿Ha sido vacunado contra Covid-19?

- Sí
- No

Indique cuántas dosis y qué vacuna tomó:

1.º	tipo de dosis:
2.º	tipo de dosis:
3.º	tipo de dosis:
4.º	tipo de dosis:

14. ¿Ha tenido dificultades para encontrar información sobre Covid-19, pruebas y/o vacunas en su idioma?

- Sí
- No

15. ¿Ha tenido dificultades para programar una cita para la prueba y/o vacunación de Covid-19?

- Sí
- No

16. ¿Se siente seguro en su comunidad o barrio? Si o no? POR FAVOR EXPLIQUE

---

---

---

---

**17. ¿Cuáles son algunas de las barreras que ve en su comunidad? POR FAVOR EXPLIQUE** - Las barreras se conocen como cualquier cosa que puede afectar la calidad de vida de una persona \*\*\*

---

---

---

---

**18. ¿Tiene acceso a transporte confiable?**

- Sí
- No

**19. ¿Cree que la falta de acceso a transporte confiable ha sido un problema para su familia?**

- Sí
- No

**20. Si hubiera una línea de ayuda a la que pudiera llamar para obtener recursos en su idioma, ¿participaría en el programa?**

- Sí
- No

**21. ¿Ha estado involucrado en alguno de los programas o servicios de ACI?**

- Sí
- No

**22. ¿Cuáles son sus necesidades actuales en este momento? ¿Con qué está luchando actualmente que ACI puede ayudarlo a usted y a su familia?**

---

---

---

---

**23. En el último año: (Seleccione todas las que correspondan)**

- Perdió atención médica
- Estuvo sin hogar
- Estuvo desempleado

**24. ¿Qué otros programas podemos ofrecerle a usted ya nuestra comunidad? Cuéntanos, ¿qué tipo de eventos te gustaría ver más?**

---

---

---

