



**BRAZCO RESOURCE COLLABORATIVE**  
STRENGTHENING COMMUNITIES THROUGH PARTNERSHIPS

## *Detalle del cliente*

<b>Id</b>	41745
<b>Name</b>	Seema Kumari
<b>Email</b>	Vidyanshu.S@rsystems.com
<b>DOB</b>	2023-09-19
<b>Contact</b>	6204279091
<b>Gender</b>	Female
<b>Street</b>	Bihar
<b>City</b>	Not Hispanic or Latino
<b>State</b>	IN
<b>Zip Code</b>	811105

## *Formulario de encuesta*

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>		
1. ¿Tiene una identificación válida emitida por el gobierno?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
2. ¿Comes menos de lo que crees que deberías porque no hay suficiente comida?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
3. ¿Le preocupa que en los próximos meses no tenga una vivienda segura que sea propia, alquilada o compartida?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
4. Durante el año pasado, ¿ha tenido dificultades para pagar las facturas de su compañía de servicios públicos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
5. ¿Necesitas ropa para cubrir tus actividades diarias?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
6. ¿Sus finanzas cubren sus costos de vida?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
7. ¿Tiene una forma confiable de llegar al trabajo o la escuela y a sus citas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
8. ¿Cree que le sería útil completar más educación o capacitación, como terminar un GED, ir a la universidad o aprender un oficio?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
9. ¿Tiene usted un trabajo u otra fuente estable de ingresos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
10. ¿Tiene usted una fuente habitual de atención médica?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
11. ¿Tienes seguro médico?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé
12. ¿Tener cuidado infantil le dificulta trabajar, ir a la escuela o estudiar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> no lo sé

**Pregunta**

13. ¿Tienes personas en tu vida por las que te sientes apoyado?
14. ¿Ha experimentado algún momento en el que las finanzas le impidieron poder cubrir los costos de sus recetas?
15. ¿Le gustaría recibir ayuda con alguna de estas necesidades?
16. ¿Alguna de tus necesidades es urgente? Por ejemplo, ¿no tengo comida esta noche o no tengo dónde dormir esta noche?

**Respuesta**

- Sí     No     no lo sé
- Sí     No     no lo sé
- Sí     No     no lo sé
- Sí     No     no lo sé