



**Are you or your household currently going without or worried about going without any of the following?
(Please check all that apply)**

- Food/Baby Formula (enough food, healthy food, clean water)
- Housing (a safe and stable place to live)
- Utilities (Electricity, water, heat, internet, phone)
- Transportation (working car, bus pass)
- Child-related services (childcare, education support, early intervention)
- Medical care for physical health or mental health (medication, doctor visits)
- Dental care
- Substance use disorder services (such as treatment or drug or alcohol misuse)
- Tribal resources
- I/my household do not have any of these challenges
- I choose not to answer

CONFIDENTIALITY CLAUSE:

All information collected will be strictly confidential and used to connect the participant with appropriate resources. Personal information will be protected according to laws, regulations, and policies regarding confidentiality. Information will be shared with the Seager Memorial Clinic Community Health Worker team, who will make contact within 36 hours through the preferred method of contact.

Name: _____ Signature: _____

Phone: _____ Date: _____

Email: _____

- Need met at appointment, further contact not needed.

Nursing

WIC

Preferred method of contact:

Phone call

Text message

Email

The Weber-Morgan Health Department collects this data in order to coordinate services. We are committed to protecting your data privacy.

See <https://www.webermorganhealth.gov/about/personal-data-request-notice/> at webermorganhealth.gov.



¿Usted o su familia actualmente carecen o están preocupados por quedarse sin alguno de los siguientes? (Por favor marque todos los que apliquen)

- Comida/fórmula para bebés (suficiente comida, comida saludable, agua limpia)
- Vivienda (un lugar seguro y estable para vivir)
- Servicios públicos (Electricidad, agua, calor, internet, teléfono)
- Transporte (un coche que funciona, pase de autobús)
- Servicios relacionados con los niños (cuidado de niños, apoyo educativo, intervención temprana)
- Atención médica para la salud física o la salud mental (medicamentos, visitas al médico)
- Cuidado dental
- Servicios para trastornos por uso de sustancias (como tratamiento o abuso de drogas o alcohol)
- Recursos Tribales
- Yo/mi hogar no tenemos ninguno de estos desafíos
- Elijo no responder.

CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información recopilada será estrictamente confidencial y se utilizará para conectar al participante con los recursos adecuados. La información personal será protegida de acuerdo con las leyes, regulaciones y políticas en materia de confidencialidad. La información se compartirá con el equipo de trabajadores de salud comunitarios del Departamento de Salud de Weber-Morgan, quienes se comunicarán dentro de las 36 horas a través del método de contacto preferido.

Nombre: _____ Firma: _____
Teléfono: _____ Fecha: _____
Correo electrónico: _____

- Necesidad satisfecha en la cita. No se necesita más contacto.
 Nursing WIC

Método de contacto preferido:

- Llamada telefónica Texto Correo electrónico

El Departamento de Salud de Weber-Morgan obtiene estos datos con el fin de coordinar los servicios. Estamos comprometidos a proteger la privacidad de sus datos.
Consulte <https://www.webermorganhealth.gov/about/personal-data-request-notice/> en webermorganhealth.gov