

Demografischer Fragebogen für Klienten

Anrede _____ **Vorname** _____ **Mittlere Initiale** _____ **Nachname** _____ **Namenszusatz** _____

E-Mail _____ Sozialversicherungsnr. _____ Geburtsdatum _____

Telefon privat _____ Weitere Telefonnummer _____

Anschrift _____

Postfach oder abweichende Postanschrift _____

Ort _____ Bundesstaat _____ Postleitzahl _____

Wurden Sie bereits bei Northeastern Center behandelt? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, wann? _____

Andere verwendete Namen (Geburtsname, Alias, Spitzname, bevorzugter Name) _____

Geschlecht bei Geburt: Pronomen:

- ☐ Weiblich
☐ Männlich
☐ Sonstige

- ☐ Sie/ihr
☐ Er/ihm
☐ Divers
☐ Sonstige

Geschlechtsidentität:

- ☐ Weiblich
☐ Männlich
☐ Transition Frau zu Mann
☐ Transition Mann zu Frau
☐ Unsicher/hinterfragend
☐ Nichtbinär
☐ Genderqueer / weder ausschließlich Mann noch Frau
☐ Keine Angabe
☐ Andere: _____

Sexuelle Orientierung:

- ☐ Lesbisch/Schwul/Homosexuell
☐ Heterosexuell
☐ Bisexuell
☐ Unbekannt
☐ Andere: _____

Familienstand:

- ☐ Ledig
☐ Verheiratet
☐ Geschieden
☐ Verwitwet

Herkunft:

- ☐ Kubanisch
- ☐ Lateinamerikanisch, Herkunft unbekannt
- ☐ Mexikanisch
- ☐ Nicht hispanisch/lateinamerikanisch
- ☐ Andere hispanische/lateinamerikanische Herkunft
- ☐ Puerto-ricanisch
- ☐ Herkunft unbekannt

Ethnische Zugehörigkeit:

- ☐ Indianer/Alaska-Ureinwohner
☐ Asiatisch
☐ Schwarz/Afroamerikanisch
☐ Hawaiianer/anderer Pazifikinsulaner
☐ Andere einzelne Zugehörigkeit
☐ Unbekannt
☐ Weiß/kaukasisch

Religion:

- ☐ Amisch
☐ Baptistisch
☐ Buddhistisch
☐ Katholisch
☐ Evangelikal
☐ Hindu
☐ Zeuge Jehovas

- ☐ Keine
- ☐ Orthodox
- ☐ Presbyterianisch
- ☐ Protestantisch
- ☐ Wicca
- ☐ Andere: _____

Name und Anschrift des Hausarztes:

Wer hat Sie zu den Leistungen überwiesen?

Jährliches Haushaltseinkommen	Anzahl Unterhaltsberechtigte	Personen im Haushalt
-------------------------------	------------------------------	----------------------

Einkommensquelle:

- ☐ Lohn/Gehalt
☐ Öffentliche Unterstützung
☐ Erwerbsunfähigkeit
☐ Keine
☐ Unbekannt

Wohnsituation:

- ☐ Auf der Straße/Obdachlosenunterkunft
- ☐ Privatwohnung, selbstständig
- ☐ Privatwohnung, abhängig
- ☐ Gefängnis/Justizvollzug
- ☐ Institutionelle Einrichtung
- ☐ 24-Stunden-Wohneinrichtung
- ☐ Erwachsener oder Kind

Derzeit schwanger:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht zutreffend

Wohnsitz-County

County der finanziellen Zuständigkeit _____

FA0156

Erstellt: 18.03.1992

Geprüft: 01.01.2024 Überarbeitet: 01.01.2024

Bildungsstatus:

- ☐ Aktuell: regulärer Unterricht
☐ Aktuell: Sonderpädagogik
☐ Alternativunterricht (Schulabschluss)
☐ Weiterbildung
☐ Berufsausbildung
☐ Derzeit nicht eingeschrieben

Höchster Bildungsabschluss:

- ☐ Grundschule
☐ Mittelstufe
☐ Oberschule
☐ Einige College-Kurse
☐ Technische/Berufsschule
☐ 2-jähriges College
☐ 4-jähriges College
☐ Hochschulabschluss oder höher

Militärstatus:

☐ Ja ☐ Nein

Veteranenstatus:

☐ Ja ☐ Nein

Zuletzt abgeschlossene Klasse _____

Beschäftigungsstatus:

- ☐ Vollzeitbeschäftigt
☐ Teilzeitbeschäftigt
☐ Arbeitslos - arbeitssuchend
☐ Arbeitslos - nicht arbeitssuchend
☐ Unterstützte/Übergangsbeschäftigung
☐ Hausfrau/Hausmann
☐ Schüler/Student
☐ Im Ruhestand
☐ Erwerbsunfähig, nicht erwerbstätig
☐ Alter 0-5 Jahre
☐ Sonstige, nicht erwerbstätig
☐ Unbekannt

Beteiligung am Justizsystem:

- ☐ Bewährungsaufsicht
☐ Unterbringung durch Jugendhilfe
☐ Justizvollzugsbehörde
☐ Gefängnis
☐ Bewährung
☐ Nicht beteiligt

Raucherstatus:

- ☐ Nie
☐ Früher
☐ Aktuell - Packungen pro Tag _____

Arbeitgeberinformationen _____

Haupt-/bevorzugte Sprache:

- ☐ Arabisch
☐ Niederländisch
☐ Englisch
☐ Spanisch
☐ Andere: _____

Hispanische Herkunft:

- ☐ Puerto-ricanisch
☐ Mexikanisch
☐ Kubanisch
☐ Andere hispanische Herkunft
☐ Unbekannt

Lese-/Schreibfähigkeit:

- ☐ Beides
☐ Nur Lesen
☐ Nur Schreiben
☐ Beides eingeschränkt
☐ Eingeschränktes Lesen
☐ Eingeschränktes Schreiben

Benötigte Transporthilfe oder besondere Vorkehrungen:

Name des Notfallkontakts _____ **Beziehung** _____

Anschrift des Notfallkontakts _____

Telefon des Notfallkontakts _____

Versicherungsgesellschaft _____ **Mitgliedsnummer** _____

Sozialversicherungsnummer des Versicherten _____ **Geburtsdatum des Versicherten** _____ **Gruppennummer** _____

Name und Anschrift des Rechnungsempfängers, falls abweichend von oben:

FA0156

Erstellt: 18.03.1992

Geprüft: 01.01.2024 Überarbeitet: 01.01.2024