

THIS INFORMATION WILL NOT BE SHARED WITHOUT CLIENT'S PERMISSION

Date of Service:

Client ID: _____

**FY17
NICASA**

Temp #: _____

CONFIDENTIAL CLIENT QUESTIONNAIRE

***** DCFS INVOLVED OR REFERRED ***** Yes ___ No ___

Lname: _____ Fname: _____ MI: _____

Address: _____ Apt #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Home Phone: (_____) _____ Work Phone: (_____) _____

Client SS#: _____ DOB: _____ Age: _____

Driver License #: _____ State issued: _____

Check or Circle Answers. Please fill out information sheet completely

Sex: M F

US Citizen: 01 - Yes - US Citizen 02 - No - Non-US Citizen 03 - Unknown

Are you currently active duty military?	Yes	No
Are you a Veteran?	Yes	No
Are you a member of a military family?	Yes	No

County You Reside In	Township You Reside In			
049 Lake County	01 Antioch	07 Fremont	13 Vernon	18 Zion
105 Cook County	02 Avon	08 Grant	14 Warren	19 Cook Co.
063 McHenry Co.	03 Benton	09 Lake Villa	15 Wauconda	21 McHenry
104 Other IL Co	04 Cuba	10 Libertyville	16 Waukegan	22 Other IL County
103 Other State	05 Moraine	11 Newport	17 W. Deerfield	23 Other State
	06 Ela	12 Shields		

Race:

- A – Native American
- B – Alaskan Native
- C – Asian
- D – Hawaiian/Pacific Islander
- E – Black – Non-Hispanic
- V – Black – Hispanic
- F – White – Non-Hispanic
- X – White – Hispanic
- L – Other Single Race

Ethnicity:

- 1 – Puerto Rican
- 2 – Mexican
- 3 – Cuban
- 4 – Other Specific Hispanic
- 5 – Not of Hispanic Origin
- 6 – Hispanic – Specific Origin Unspecified

THIS INFORMATION WILL NOT BE SHARED WITHOUT CLIENT'S PERMISSION

Marital Status:

- 1 – Never married
- 2 – Married
- 3 – Widowed
- 4 – Divorced
- 5 – Separated

DEPENDENT INFORMATION

Number of Dependents for Income Eligibility:

The number of dependents living in the immediate household as well as any for whom financial responsibility exists.

Total Number of Children for Whom the Patient is the Primary Care Giver:

The number of children, under the age of 21, living with the client/patient and/or for whom the client/patient is primary care giver. (Do not include children who have been placed by DCFS, temporarily or permanently with others for their care, whether relatives or other foster care.)

Number of Children Age 25 and Under:

Count children for whom the client has ever had legal custody or has ever been legally responsible. Include adopted children, stepchildren and deceased children.

Number of Children Living with Someone Else Due to a Child Protection Court Order:

Children living with someone else due to a formal order by a court or child protection agency describing where and under whose supervision the child will be living or staying.

Number of Children for Whom Patient/Client Lost Parental Rights:

This number should include all children for whom parental rights have been revoked by a formal court order (not voluntary surrender). If a client voluntarily gives up his/her child for adoption, it is not counted here.

DCFS INFORMATION

If you are involved in or referred from DCFS, please complete the information below and let Client Services know. This information will allow us to waive your treatment co-pay

Is the client involved with DCFS? Y-Yes N – No

If DCFS involved, complete the next three questions

DCFS Case Number: _____

Total no. of children in DCFS Custody:

Total no. of children in DCFS Alternative Custody (family members, etc.):

Living Arrangement:

- A – Shelter, Temporary Day/Evening Facility
- B – Street/Outdoors
- C – Institution (Hosp., Jail/Prison)
- D – Owned/Rented Apt, Room, House
- E – Someone else's Home
- F – Dormitory/College Residence.
- G – Halfway House
- H – Residential Treatment

THIS INFORMATION WILL NOT BE SHARED WITHOUT CLIENT'S PERMISSION

I – Recovery Home

J – Other Housed

Living Status: *(Please Check One)*

01 - Lives Alone 02 - Lives with Relatives 03 - Lives with Non Relative

MH Residential Agreement *(If Applicable)*

01 - Homeless 02 - Nursing home 03 - State facility 04 - Other

Health Insurance:

1 – Private (other than BC/BS or an HMO) 6 – Other
 2 – Blue Cross/Blue Shield 7 – None
 3 – Medicare 8 – MCO* *(Managed Care Organization)*
 4 – Medicaid
 5 – HMO

MCO Provider

*If Health Insurance is #8, MCO, Insurance Carrier **MUST** be selected below:

01 – Aetna Better Health 06 – Family Health Network 11 – Meridian
 02 – BCBS Medicaid 07 – Harmony 12 – Molina
 03 – Cigna-HealthSpring 09 – Humana 13 – Next Level Health
 04 – Com. Care Alliance 10 – Illinicare

MCO Effective Date: / /

Employment Status:

1 – Full-time (working 35 hours or more each week; includes members of the military) **NLFD** *(For office use only)* **7**
 2 – Part-time (working fewer than 35 hours each week) **7**
 3 – Unemployed – Actively seeking employment **7**
 4 – Other – Not actively seeking employment – **Select one below**
 1 – Homemaker 4 – Disabled **8 – Volunteer Work**
 2 – Student 5 – Inmate **9 – Not Looking for Work**
 3 – Retired 6 – Other

Last Grade Level Completed:

School/Job Training Enrollment:

1 – Not Enrolled
 2 – Enrolled Full-Time
 3 – Enrolled Part-Time

SSI-SSDI Eligibility: *(Please Check One)*

- 01 - Eligible, Receiving payments 02 - Eligible, not receiving Payments
 03 - Eligibility Determination Pending 04 - Determined to be ineligible †
 05 - Has not applied or Status unknown 06 - Eligibility Status Unknown 07 - Not applicable

Annual Income:

Source of Income/Support:

- 1 – Wages/Salary 4 – Disability
 2 – Public Assistance 6 – None
 3 – Retirement/Pension

Primary Language:

- A – English F – Hindi K – Urdu P – Other
 B – Arabic G – Korean L – Vietnamese
 C – Chinese H – Polish M – Other Asian
 D – French I – Russian N – Other African
 E – German J – Spanish O – Other Indian

Can the client speak English? Y-Yes N – No

Justice System Involvement *(Please Check One)*

- 01 - Not applicable 02 - Arrested 03 - Mental Health Court
 04 - Charged with a crime 05 - Incarcerated (jail) 06 - Incarcerated (prison)
 07 - Juvenile Detention Center 08 - Detained (jail) 09 - Adult probation
 10 - Adult Parole 11 - Other 12 - Unknown

Court Mandated: Y-Yes N – No

Juvenile Justice: Y-Yes N – No

Referral Information

I - (CJR for office use only)

Are you here because you were arrested or are involved with the court system?

If YES, Select 1 thru 13.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 – State/Federal Court | <input type="checkbox"/> 5 – Diversionary Program | <input type="checkbox"/> 10 – Veterans Court |
| <input type="checkbox"/> 2 – Other Court | <input type="checkbox"/> 6 – Prison | <input type="checkbox"/> 11 – Teen Court |
| <input type="checkbox"/> 3 – Probation/Parole | <input type="checkbox"/> 7 – DUI | <input type="checkbox"/> 12 – TASC |
| <input type="checkbox"/> 4 – Other Recognized Legal Entity | <input type="checkbox"/> 8 – Other | <input type="checkbox"/> 13 – Mental Health Court |
| | <input type="checkbox"/> 9 – Drug Court | |

If NO, – Select A thru J

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> A – Self | <input type="checkbox"/> E – Other Health Care Provider | <input type="checkbox"/> W – Arden Shore |
| <input type="checkbox"/> B – Addiction Treatment Provider | <input type="checkbox"/> F – School | |
| <input type="checkbox"/> C – Early Intervention Provider | <input type="checkbox"/> G – Employer/EAP | |
| <input type="checkbox"/> D – Prevention Provider | <input type="checkbox"/> H – Other Community Referral | |
| | <input type="checkbox"/> J – DCFS/POS Referral | |

Court Information:

County of Arrest: _____

Date of Arrest:

--	--	--	--	--	--	--	--

Next Court Date:

--	--	--	--	--	--	--	--

Docket #: _____

Is the client on probation?

Y-Yes N – No

Is the client on parole?

Y-Yes N – No

OPTIONAL INFORMATION

The following *optional questions* are for statistical purposes only and will be used only for program improvement in order to be more responsive to our clients' needs. No identifying information will be shared based on your *optional responses*. **You may leave this section blank.**

Does the client identify as:

- | | | |
|-----------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Gay or Lesbian? | <input type="checkbox"/> Y-Yes | <input type="checkbox"/> N – No |
| Bisexual? | <input type="checkbox"/> Y-Yes | <input type="checkbox"/> N – No |
| Transgender? | <input type="checkbox"/> Y-Yes | <input type="checkbox"/> N – No |
| Questioning? | <input type="checkbox"/> Y-Yes | <input type="checkbox"/> N – No |

If available, would the client prefer a group treatment setting of peers who respond "yes" to one of the above?

Y-Yes N – No

ESTA INFORMACION NO SERA COMPARTIDA CON NADIE, SIN LA AUTORIZACION DEL CLIENTE

Fecha de Servicio: /

de Cliente: _____

**FY17
NICASA**

Temporal: _____

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DEL CLIENTE

***** HA SIDO REFERIDO (a) POR EL DCFS***** Yes ___ No ___

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ # de Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

de Teléfono: (_____) # de Trabajo: (_____)

de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____

Licencia de Manejo: _____ Estado: _____

Cheque o circule las respuestas. Por favor, llene la información completamente.

Sexo: M F

Ciudadano de los Estados Unidos Es usted Ciudadano (a) Si ___ No es Ciudadano (a) ___ No Sabe ___

¿Está actualmente activo en el servicio militar?	Si	No
¿Es un Veterano del servicio militar?	Si	No
¿Es miembro de una familia militar?	Si	No

Condado en el que vive	Municipio al que Pertenece			
049 Lake County	01 Antioch	07 Fremont	13 Vernon	18 Zion
105 Cook County	02 Avon	08 Grant	14 Warren	19 Cook Co.
063 McHenry Co.	03 Benton	09 Lake Villa	15 Wauconda	21 McHenry
104 Other IL Co	04 Cuba	10 Libertyville	16 Waukegan	22 Otro Municipio
103 Other State	05 Moraine	11 Newport	17 W. Deerfield	23 Otro Estado
	06 Ela	12 Shields		

Raza:

- A – Nativo Americano
- B – Nativo de Alaska
- C – Asiatico

- D – Hawaiano/Islas del Pacifico
- E – Negro – No Hispano
- V – Negro – Hispano

- F – Blanco – No Hispano
- X – Blanco – Hispano
- L – Otra Raza

Etnicidad:

- 1 – Puertorriqueño
- 2 – Mexicano

ESTA INFORMACION NO SERA COMPARTIDA CON NADIE, SIN LA AUTORIZACION DEL CLIENTE

3 – Cubano

4 – Otro Hispano en Especifico

5 – De Orien No Hispano

6 – Hispano de Origen No Especifico

Estado Marital:

1 – Soltero (nunca casado)

2 – Casado

3 – Viudo

4 – Divorciado

5 – Separado

INFORMACIÓN DE DEPENDES

Número de Dependes Elegibles en sus Ingresos:

Número de dependes viviendo en casa así como otros donde exista una responsabilidad económica.

Número Total de Niños por los Cuales Usted es Responsable y Estan Bajo su Cuidado:

El número total de niños menores de 21, viviendo con el cliente/paciente y/o estan bajo la responsabilidad del cliente. (no incluya niños a cargo de DCFS, temporal o permanentemente bajo el cargo de otras personas, ya sean familiares o familias sustitutas.)

Número de Niños Menores de 25:

Cuente a los niños que estan bajo su custodia o que hayan estado legalmente bajo su responsabilidad. Incluya niños adoptados, hijastros y niños que hayan fallecido.

Número de Niños Vivendo con Alguien Mas Debido a Una Orden de Protección de La Corte:

Niños viviendo con alguien mas debido a una orden formal de la corte o agencia de proteccion para niños describiendo donde y bajo la supervisión de quien o con quien se estará quedando o viviendo el niño.

Número de Niños los cuales el cliente perdió sus Derechos Como Padre:

Este número debe incluir todos los niños los cuales los derechos han sido revocados por una orden formal por parte de la corte (en contra de su voluntad). Si el cliente voluntariamente dió en adopción a su hijo(a), entonces no cuenta.

INFORMACIÓN DE DCFS

Si usted ha sido referida por el DCFS por favor llene la información en este rectángulo y hágale saber a la persona que lo atiende. Esta información ayudara a omitir el primer pago

Esta usted involucrada con el DCFS? ___Si ___No

Si usted está involucrada con el DCFS por favor responda a las siguientes tres preguntas.

El número de caso del DCFS _____

Número total de Niños en custodia del DCFS _____

Número total de niños que están viviendo en custodia alternativa (con familiares, etc.)

Forma en que Vive:

- A – Albergue temporal
- B – Sin Casa o en La Calle
- C – Institución (Hospital, Cárcel, Prisión)
- D – Dueño de Propiedad/Renta Apt, Cuarto, Casa
- E – Vive en casa de otra persona
- F – Dormitorio/Residencia Universitaria.
- G – Casa de transición
- H – Tratamiento Residencial
- I – Recuperación en casa
- J – Otros alojamientos

Estatus de vivienda (por favor marque uno)

- 01 - Vive Solo
- 02 - Vive con familiares
- 03 - Vive con personas que no son familiares

Acuerdo de Residencia Mental (Si aplica)

- 01 - Sin hogar
- 02 - Vive en un asilo
- 03 - Vive en Instalación del estado
- 04 -Otro

Tipo de seguro Médico:

- 1 – Privado (otro que no sea Blue Cross/Blue Shield o HMO)
- 2 – Blue Cross/Blue Shield
- 3 – Medicare
- 4 – Medicaid
- 5 – HMO
- 6 – Otro
- 7 – Ninguno
- 8 – MCO* (Organizacion de atencion administrada)

MCO Proveedor:

*Si el seguro de salud es MCO, seleccione la compania de seguros de la lista de abajo:

- 01 – Aetna Better Health
- 02 – BCBS Medicaid
- 03 – Cigna-HealthSpring
- 06 – Family Health Network
- 07 – Harmony
- 09 – Humana
- 10 – Illinicare
- 11 – Meridian
- 12 – Molina
- 13 – Next Level Health

Fecha de vigencia del seguro: /

Estado Laboral:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 – Tiempo completo (trabajando 35 horas ó más por semana; incluyendo miembros del ejército) | NLFD
<i>(For office use only)</i>
7 | |
| <input type="checkbox"/> 2 – Tiempo parcial (trabajando menos de 35 horas por semana) | 7 | |
| <input type="checkbox"/> 3 – Desempleado- Buscando empleo activamente | 7 | |
| <input type="checkbox"/> 4 – Otro –No busco empleo- Entonces cheque una de las siguientes opciones | | |
| <input type="checkbox"/> 1 – Ama de casa | <input type="checkbox"/> 5 – Interno en una institución | <input type="checkbox"/> 8 – Trabajo Voluntario |
| <input type="checkbox"/> 2 – Estudiante | <input type="checkbox"/> 6 – Otro | <input type="checkbox"/> 9 – No estoy buscando trabajo |
| <input type="checkbox"/> 3 – Retirado | | |
| <input type="checkbox"/> 4 – Deshabilitado | | |

ESTA INFORMACION NO SERA COMPARTIDA CON NADIE, SIN LA AUTORIZACION DEL CLIENTE

Ultimo Año Escolar:

Está en la Escuela ó Entrenamiento:

- 1 – No Estoy
 2 – Estoy Tiempo Completo
 3 –Estoy Medio Tiempo

Eligibilidad para SSI-SSDI (Por favor marque uno)

- 01 - Elegible recibe pagos 02 - Es elegible pero no ha recibido pagos
 03 - Elegible con determinación pendiente 04 - Ha sido determinado, (que no es elegible)†
 05 - No ha aplicado o el estatus es desconocido 06 - Estatus de elegibilidad desconocido
 07 - No aplica

Salario Anual Familiar:

Fuente de Ingresos:

- 1 – Salario 3 – Pensión de retiro 6 – Ninguno
 2 – Asistencia pública 4 – Incapacitado

Idioma Primario:

- A – Inglés G – Coreano M – Otro Asiatico
 B – Árabe H – Polaco N – Otro Africano
 C – Chino I – Ruso O – Otro Indio
 D – Francés J – Español P – Otro
 E – Alemán K – Urdu
 F – Hindú L – Vietnamita

¿Sabe hablar Inglés? SI NO

Involucrado con el Sistema de Justicia (Por favor marquee uno)

- 01 - No es aplicable 02 - Arrestado 03 - Corte de Salud Mental
 04 - Acusado de un delito 05 - Encarcelado 06 - Encarcelado en la prisión
 07 - Centro Juvenil de Detención 08 - Detenido en la cárcel 09 - Probación para Adultos
 10 - Libertad Condicional 11 - Otro 12 - No sabe

Referido por la corte: Y-Si N – No

Justicia Juvenil Y-Si N – No

Información de Referencia

I - (CJR for office use only)

¿Está usted aquí porque fué arrestado ó está involucrado con la corte?

Si la respuesta es SI seleccione una de la lista de 1 a 13

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 – Corte del Estado/Federal | <input type="checkbox"/> 8 – Otro |
| <input type="checkbox"/> 2 – Otra Corte | <input type="checkbox"/> 9 – Corte de Drogas |
| <input type="checkbox"/> 3 – Probación/Libertad Condicional | <input type="checkbox"/> 10 – Corte de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> 4 – Otra organización legal reconocida | <input type="checkbox"/> 11 – Corte Juvenil |
| <input type="checkbox"/> 5 – Programa Alternativo | <input type="checkbox"/> 12 – TASC |
| <input type="checkbox"/> 6 – Prisión | <input type="checkbox"/> 13 – Corte Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> 7 – DUI | |

Si la respuesta es NO seleccione una de la lista de la A al a W

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A – Yo mismo | <input type="checkbox"/> F – Escuela |
| <input type="checkbox"/> B – Otra agencia de Adicciones | <input type="checkbox"/> G – Empleador/EAP |
| <input type="checkbox"/> C – Otra agencia de Prevención temprana. | <input type="checkbox"/> H – Otra agencia comunitaria |
| <input type="checkbox"/> D – Proveedor de Prevención. | <input type="checkbox"/> J – DCFS/POS comunitaria |
| <input type="checkbox"/> E – Otro Proveedor de Salud | <input type="checkbox"/> W – Arden Shore |

Información de la corte:

Condado de Arresto: _____

Docket # (# de Caso): _____

Fecha de Arresto: //

¿Está Usted en Probatoria? Si No

Próxima Corte: //

¿Está Usted en libertad condicional? Si No

INFORMACIÓN OPCIONAL

Las siguientes *preguntas son opcionales*, y serán utilizadas para propósitos de estadísticas solamente. Se utilizarán para mejorar los programas; con el propósito de responder más apropiadamente, a las necesidades de nuestros clientes. La información obtenida no se compartirá, ni su usará en base a sus respuestas. *Usted puede dejar la sección sin contestar si así lo desea.*

Usted se Identifica como:

¿Homosexual ó Lesbiana? Si No

¿Bisexual? Si No

¿Transgénero? Si No

¿Indeciso? Si No

Sí hay disponibilidad usted preferiría entrar a un grupo de tratamiento, dónde algunos de sus compañeros respondieron que si, a algunas de las preguntas anteriores? Si No