



Fecha: _____

DUIP Intake

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Teléfono de Casa: _____

_____ Teléfono Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Tipo de Vivienda: (Seleccione Una) Dueño de Casa Alquiler Sin Hogar Otro

de Personas que Viven en Casa: _____

Ingreso Mensual Promedio de todos los que viven en Casa: _____

Nivel Mas Alto de Educación: (Seleccione Una) No se Graduó de la Preparatoria Graduado de Preparatoria/GED Entrenamiento Ocupacional/Vocacional
 Algo de Colegio Grado de Asociado Grado de Bachillerato/Postgrado**¿Está Usted Registrado Para Votar?** Sí No**¿Previamente Asistió MAAC DUIP?** Sí No**Si es así, ¿que programa?** 3 Meses 4 Meses 6 Meses
 9 Meses 12 Meses 18 Meses
 12 Horas / 2° delito menor de 21 12 Horas / mayor de 21 12 Horas / menor de 21

Evalué lo siguiente con 1 ser Malo, 3 Justo y 5 Bueno.	Malo		Justo		Bueno
	1	2	3	4	5
1. Por favor evalúe su consumo de alcohol o de drogas y / o alcohol.					
2. Por favor evalúe su relación con su familia.					
3. Por favor evalúe la relación con su empleador.					
4. Por favor evalúe su salud.					
5. Por favor evalúe su felicidad y bienestar.					