



# Parent Ambassadors Data Entry Form

1. **Your Name/ Tu Nombre:** \_\_\_\_\_

2. **Date of service/ Fecha de servicio:** \_\_\_\_\_

3. **Location / Ubicación:** \_\_\_\_\_

4. **Name of Event or Person/ Nombre de Evento o persona:** \_\_\_\_\_

5. **Type of Service/ Tipo de Servicio:**

Outreach/Alcance

One to One/ Uno a Uno

Fair or community event/ Feria o evento comunitario

Meeting/Junta ( if you mark this skip to #11, si marcó esto vaya a #11)

6. **Topic Category/ Tema:**

CalFresh

Cal-Works

Food banks/ Banco de comida

General Assistance Program/ Programa de Asistencia

General

Health Insurance/ aseguranza medica

Medi-cal

Mental Health Service/ Servicio de salud mental

Unemployment/ Desempleo

School or district activity or event/ actividad o evento de escuela o distrito

Vaccine Information/Vaccine clinic

Other/Otro \_\_\_\_\_

7. **Age/Edad ( please write number, favor de escribir numero):**

0-15 \_\_\_\_\_ 16-24 \_\_\_\_\_ 25-64 \_\_\_\_\_ 65+ \_\_\_\_\_

8. **Ethnicity/Raza( please write number, favor de escribir numero)**

Caucasian/Caucasico \_\_\_\_\_

African American/Black/Afroamericano \_\_\_\_\_

Latino/Hispanic \_\_\_\_\_

Native American/Nativo Americano \_\_\_\_\_

Asian/Pacific Islander/ Asiatico/Isleño pacifico \_\_\_\_\_

9. **Gender/Genero (please write number, favor de escribir numero):**

Male/Masculino \_\_\_\_\_

Female/Feminino \_\_\_\_\_

Transgender/ Transgenero \_\_\_\_\_

10. **How many had health insurance? / Cuantos tienen aseguranza medica? ( please write number, favor de escribir numero)**

Yes/si \_\_\_ No \_\_\_ Unknown/ desconocido \_\_\_\_\_

11. **Referred to/ A donde fue referido:**

La Familia (FRC) Glad Tidings (GT) HUSD Other agency/ Otra agencia

12 **How Much Time was spent/ Cuanto tiempo tomo** \_\_\_\_\_