

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

Identificación (Todos los campos son requeridos a menos que se indique lo contrario)

HMIS consent? No (refused) Signed Consent Form

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre (Opcional) _____

Apellido: _____ Sufijo (Opcional): _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| Calidad de datos del Nombre: ¿El cliente presentó su nombre completo? | Descripción Física (Opcional): | Última dirección conocida: ¿Dónde ha vivido en los últimos 90 días o más? (Sin incluir Refugios de Emergencia y Vivienda Temporal) | |
| <input type="checkbox"/> Nombre completo reportado <input type="checkbox"/> Nombre parcial, nombre de calle, o código de nombre reportado <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | | Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: (NSS) | Calidad de datos de la dirección: <input type="checkbox"/> Dirección completa reportada <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Dirección incompleta o estimada reportada <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha completa reportada <input type="checkbox"/> Fecha aproximada o parcial reportada <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | ____-____-____ <input type="checkbox"/> NSS completo reportado <input type="checkbox"/> NSS aproximado o parcial reportado <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | | |

Información de Contacto (Opcional)

| Número Telefónico | | Tipo de Teléfono | | Preferencia de Contacto |
|---|--|----------------------------------|---|--|
| Principal: (____)____-____ x____ <input type="checkbox"/> Dejar mensaje | | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono Alternativo <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico |
| Alternativo: (____)____-____ x____ <input type="checkbox"/> Dejar mensaje | | <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Centro de Mensajes | |
| Correo Electrónico _____@_____ | | Notas | | |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

Demografía (Todos los campos son requeridos a menos que se indique lo contrario)

| Estado de Vivienda: | Tipo de Familia: |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Categoría 1 - Persona sin hogar <input type="checkbox"/> Categoría 2 – En inminente riesgo de perder la vivienda (dentro de 14 días o menos) <input type="checkbox"/> Categoría 3 – Persona sin hogar solamente bajo otras leyes federales <input type="checkbox"/> Categoría 4 – Huyendo de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Categoría 5 – En riesgo de ser persona sin hogar <input type="checkbox"/> Categoría 6 – Con vivienda estable | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado <input type="checkbox"/> Sin compañía <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Dos Padres <input type="checkbox"/> Adultos Sin Niños |

| Relación (con la cabeza de hogar) | Género: |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Hijo/hija de la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Esposo/a o companero/a de la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Otra relación con la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Otro: Miembro sin relación | <input type="checkbox"/> Maculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> No se identifica como masculino, femenino, o transgénero <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado |

| Discapacitado (Física, de desarrollo, de salud mental, condición crónica de salud, VIH/SIDA, y/o desorden de abuso de sustancias) | Veterano ¿Alguna vez ha prestado servicio militar estadounidense? | Nivel de Educación ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehús <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | <input type="checkbox"/> Menos que 5 grado <input type="checkbox"/> Grados 5-6 <input type="checkbox"/> Grados 7-8 <input type="checkbox"/> Grados 9-11 <input type="checkbox"/> Grados 12/Diploma de HS <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene grados <input type="checkbox"/> Grado de Asociado <input type="checkbox"/> Grado de Profesional <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Certificación Vocacional <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado |

| Etnia | Raza (Seleccione todos los que apliquen) |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

Ingreso y Seguro (Todos los campos son requeridos a menos que se indique lo contrario)

| Fuente de Ingreso (Seleccione todos los que apliquen): | Ingresos Declarados: | Intervalo de Pago | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Semanal | Cada dos semanas | Dos veces al mes | Mensual | Trimestral | Anual |
| <input type="checkbox"/> Sin recursos financieros | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ingresos Obtenidos (<i>sueldos salariales / efectivo</i>) | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad Privado | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajador | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (<i>CaWORKs</i>) | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) (<i>Alivio General (GR)</i>) | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación del Seguro Social | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pensión o Ingreso de Jubilación de un antiguo empleo | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Manutención Infantil | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Manutención Conyugal | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Otra Fuente (Especifique: _____) | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cliente no sabe | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | | | | | | | |

| Documentación de Ingresos (Opcional): | Comentarios (Opcional): |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Formulario de GR | |
| <input type="checkbox"/> Formulario de CalWORKS | |
| <input type="checkbox"/> Carta/Recibo de Pensión | |
| <input type="checkbox"/> Recibo de Salario | |
| <input type="checkbox"/> Formulario de Seguro de Desempleo | |
| <input type="checkbox"/> Formulario de Desempleo | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Servicios Públicos | |
| <input type="checkbox"/> Formulario W-2 | |
| <input type="checkbox"/> Auto Declaración | |
| <input type="checkbox"/> Formulario de Manutención infantil | |
| <input type="checkbox"/> Formulario SSDI | |
| <input type="checkbox"/> Carta del Empleador | |
| <input type="checkbox"/> Formulario de Seguridad Social | |
| <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajador | |
| <input type="checkbox"/> Documentación de VA | |
| <input type="checkbox"/> Formulario de SSI | |
| <input type="checkbox"/> Documentación de Autoempleo | |

| Beneficios no Monetarios (Seleccione todos los que apliquen): | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe | <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa | <input type="checkbox"/> Dato no recolectado |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida (CalFresh) | <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil de CalWorks | <input type="checkbox"/> Asistencia de Arriendo Temporal | <input type="checkbox"/> Programa para Personas con Necesidades Médicas |
| Cantidad: _____ | <input type="checkbox"/> Transporte de CalWorks | <input type="checkbox"/> Sección 8 o Asistencia de Arriendo | Cantidad: _____ |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por CalWorks | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

Seguro Médico (Seleccione todos los que apliquen)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin Seguro Medico | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe | <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa | <input type="checkbox"/> Dato no recolectado |
| <input type="checkbox"/> MediCal | <input type="checkbox"/> MEDICARE | <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Infantil | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de VA |
| <input type="checkbox"/> Prestado por el Empleador | <input type="checkbox"/> Seguro COBRA | <input type="checkbox"/> Estatal | <input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Seguro Medico Privado | |

Nota del Cliente (Opcional)

Nota del Cliente:

Tipo: Información Alerta

Cliente Privado: Si No

Fecha de la nota: ___/___/___

Información de Contacto de Emergencia (Opcional)

| Tipo de Contacto | Número Telefónico | Tipo de Teléfono | Correo Electrónico |
|--|-------------------|--|--------------------|
| Contacto Alterno (¿Quién es la mejor persona que puede contactarse con usted?) Relación: _____ Primer Nombre: _____ Apellido: _____ | () - x | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Centro de Mensajes | |
| Emergencia (En caso de emergencia, ¿A quién debemos avisar?) <input type="checkbox"/> Igual que el anterior Relación: _____ Primer Nombre: _____ Apellido: _____ | () - x | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Centro de Mensajes | |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

Entrada de Programa (Todos los campos son requeridos a menos que se indique lo contrario)

Nombre del Programa: _____

Fecha de Entrada al Programa: ____/____/____

Administrador del Caso: _____

Preguntas de Situación de Vivienda para proyectos de Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle

1. Tipo de Residencia

SITUACIÓN DE PÉRDIDA DE HOGAR

- Lugar no apto para residencia humana
- Refugio de Emergencia
- Refugio Seguro
- Vivienda *Interim* (vivienda provisional)

SITUACIÓN INSTITUCIONAL

- Hogar de crianza temporal
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil
- Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayores
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias

SITUACIÓN DE VIVIENDA TEMPORAL Y PERMANENTE

- Hotel o motel pagado sin un cupón de refugio de emergencia
- Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda

- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda
- Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar
- Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda
- Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH
- Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP
- Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio (no VASH)
- Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar
- Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia
- Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo
- Vivienda temporal para personas sin hogar
- Otro
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

2. Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Una noche o menos | <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos que 90 días | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> De dos a seis noches | <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos que un año | <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa |
| <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos que un mes | <input type="checkbox"/> Un año o más | <input type="checkbox"/> Dato no recolectado |

Proceda a la Pregunta 5 ->

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

Preguntas de Situación de Vivienda para todos los Tipos de Proyectos excluyendo Proyectos de Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle

1. Tipo de Residencia

SITUACIÓN DE PÉRDIDA DE HOGAR

- Lugar no apto para residencia humana
- Refugio de Emergencia
- Refugio Seguro
- Vivienda *Interim*

SITUACIÓN INSTITUCIONAL

- Hogar de crianza temporal
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil
- Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayores
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias

SITUACIÓN DE VIVIENDA PERMANENTE Y TEMPORAL

- Hotel o motel pagado sin un cupón de refugio de emergencia
- Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda
- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda
- Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar
- Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda
- Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH
- Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP
- Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio (no VASH)
- Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar
- Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia
- Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo
- Vivienda temporal para personas sin hogar
- Otro
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

3. Duración de Estancia en la Vivienda Previa

- Una noche o menos
- De dos a seis noches
- Una semana o más, pero menos que un mes
- Un mes o más, pero menos que 90 días
- 90 días o más, pero menos que un año
- Un año o más
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

Proceda a la **Pregunta 5**

2a. ¿Su estancia fue menor que 90 días?

- No
- Si

- Una noche o menos
- De dos a seis noches
- Una semana o más, pero menos que un mes
- Un mes o más, pero menos que 90 días
- 90 días o más, pero menos que un año
- Un año o más
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

Proceda a la **Pregunta 4**

Proceda a la **Pregunta 8**

2b. ¿Su estancia fue menor que 7 noches?

- No
- Si

- Una noche o menos
- De dos a seis noches
- Una semana o más, pero menos que un mes
- Un mes o más, pero menos que 90 días
- 90 días o más, pero menos que un año
- Un año o más
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

Proceda a la **Pregunta 4**

Proceda a la **Pregunta 8**

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

4. ¿La noche anterior a su situación de vivienda actual la pasó en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro?

No Sí

5. Fecha aproximada de inicio

____ / ____ / ____

6. Número de veces que el cliente ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy

Nunca en tres años Tres veces Cliente no sabe
 Una vez Cuatro veces o más Cliente se rehúsa
 Dos veces Dato no recolectado

7. Número total de meses que ha estado sin hogar en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años

Un mes (esta vez es el primer mes) 7 12
 2 8 Más que 12 meses
 3 9 Cliente no sabe
 4 10 Cliente se rehúsa
 5 11 Dato no recolectado
 6

PÉRDIDA DE HOGAR -Para adultos mayores de 18 años o cabeza de hogar < 18 años. Las preguntas requeridas están sombreadas

| Pregunta | Seleccione una Respuesta | Comentarios |
|--|---|-------------|
| 8. ¿En qué ciudad estaba residiendo inmediatamente antes de entrar a este proyecto? | <input type="checkbox"/> Aliso Viejo <input type="checkbox"/> Irvine <input type="checkbox"/> San Clemente <input type="checkbox"/> Anaheim <input type="checkbox"/> La Habra <input type="checkbox"/> San Juan <input type="checkbox"/> Atwood <input type="checkbox"/> La Palma <input type="checkbox"/> Capistrano <input type="checkbox"/> Balboa <input type="checkbox"/> Laguna Beach <input type="checkbox"/> Santa Ana <input type="checkbox"/> Brea <input type="checkbox"/> Laguna Hills <input type="checkbox"/> Seal Beach <input type="checkbox"/> Buena Park <input type="checkbox"/> Laguna Niguel <input type="checkbox"/> Stanton <input type="checkbox"/> Capistrano Beach <input type="checkbox"/> Laguna Woods <input type="checkbox"/> Sunset Beach <input type="checkbox"/> Corona del Mar <input type="checkbox"/> Lake Forest <input type="checkbox"/> Tustin <input type="checkbox"/> Costa Mesa <input type="checkbox"/> Las Flores <input type="checkbox"/> Villa Park <input type="checkbox"/> Coto de Caza <input type="checkbox"/> Lemon Heights <input type="checkbox"/> Westminster <input type="checkbox"/> Cypress <input type="checkbox"/> Los Alamitos <input type="checkbox"/> Yorba Linda <input type="checkbox"/> Dana Point <input type="checkbox"/> Midway City <input type="checkbox"/> Outside Orange <input type="checkbox"/> El Modena <input type="checkbox"/> Mission Viejo <input type="checkbox"/> County <input type="checkbox"/> Fountain Valley <input type="checkbox"/> Newport Beach <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Fullerton <input type="checkbox"/> Orange <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Garden Grove <input type="checkbox"/> Placentia <input type="checkbox"/> Dato no recolectado <input type="checkbox"/> Huntington Beach <input type="checkbox"/> Rancho Santa Margarita | |
| 9. ¿El cliente fue referido a este proyecto a través del Sistema Coordinado de Entrada (CES)? (Se requiere solo para proyectos de Vivienda de Apoyo Permanente (PSH), Realojamiento Rápido (RRH), y Otra Vivienda Permanente (OPH)) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

BIENESTAR – Todos los clientes, las preguntas requeridas están sombreadas

| Pregunta | Seleccione una Respuesta | | Comentarios |
|---|--|--|-------------|
| 10. ¿Ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si** | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 10a. ¿Se espera que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si la pregunta 10 es 'Si') | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 10b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si la pregunta 10 es 'Si') | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | |
| 10c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 10 es 'Si') | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 11. ¿Tiene alguna condición de salud crónica? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si** | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 11a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 11 es 'Si') | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 11b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si pregunta 11 es 'Si') | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | |
| 11c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 11 es 'Si') | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 12. ¿Tiene alguna discapacidad física? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si** | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 12a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 12 es 'Si') | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 12b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si pregunta 12 es 'Si') | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | |
| 12c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 12 es 'Si') | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 13. ¿Tiene <i>actualmente</i> algún problema de drogas o alcohol? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alcohol** <input type="checkbox"/> Drogas** <input type="checkbox"/> Ambos** | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 13a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos') | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 13b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos') | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

| | | |
|--|--|--|
| <p>13c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos')</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |
| <p>13d. ¿Cómo fue confirmada la condición de abuso de sustancias? (Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos')</p> | <p><input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunto o auto-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación previa o historia clínica</p> | |
| <p>14. ¿Alguna vez le han dicho que tiene una discapacidad de aprendizaje, o discapacidad de desarrollo?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si** <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |
| <p>14a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 14 es 'Si')</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |
| <p>14b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si pregunta 14 es 'Si')</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> | |
| <p>14c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 14 es 'Si')</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |
| <p>15. ¿Siente que tiene un problema de salud mental?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si** <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |
| <p>15a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 15 es 'Si')</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |
| <p>15b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si Pregunta 15 es 'Si')</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> | |
| <p>15c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si Pregunta 15 es 'Si')</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |
| <p>16. ¿Ha sido víctima de violencia doméstica o víctima de violencia de pareja?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |
| <p>16a. ¿Hace cuánto tiempo tuvo esa experiencia? (Se requiere si pregunta 16 es 'Si')</p> | <p><input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) <input type="checkbox"/> Hace seis a doce meses (excluyendo exactamente un año) <input type="checkbox"/> Hace más de un año <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |
| <p>16b. ¿Esta actualmente huyendo? (Se requiere si pregunta 16 es 'Si')</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p> | |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID:

EMPLEO: Para adultos mayores de 18 años o cabeza de hogar < 18 años. Las preguntas requeridas están sombreadas

| Pregunta | Seleccione Una Respuesta | Comentarios |
|---|--|-------------|
| 17. ¿Actualmente está empleado? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 17a. ¿Por qué no está empleado? (Se requiere si pregunta 17 es 'No') | <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> No está habilitado para trabajar <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo | |
| 17b. ¿Qué tipo de empleo tiene? (Se requiere si Pregunta 17 es 'Si') | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal/ esporádico (incluyendo trabajo diurno) | |

EMBARAZO– Solo para mujeres cabeza de hogar, mayores de 18 años, o si es joven sin compañía. Se requiere para RHY

| Pregunta | Seleccione Una Respuesta | Comentarios |
|---|--|-------------|
| 18. ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 18a. ¿Cuál es la fecha del parto? (Se requiere si pregunta 18 es 'Si') | ____/____/____ | |

JUVENTUD – Solo para cabeza de hogar de 17 años o menor

| Pregunta | Seleccione Una Respuesta | Comentarios |
|---|--|-------------|
| 19. ¿Huyo de su casa o de un hogar de crianza temporal? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa | |

VETERANOS – Solo para veteranos estadounidenses. Las preguntas requeridas están sombreadas

| Pregunta | Seleccione Una Respuesta | Comentarios |
|---|--|-------------|
| 20. ¿En qué rama militar prestó su servicio? | <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Cuerpo de Marines <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 21. ¿Qué tipo de licencia recibió? | <input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> General bajo condiciones honorables <input type="checkbox"/> Otro diferente a honorable (OTH) <input type="checkbox"/> Mala conducta <input type="checkbox"/> Deshonroso <input type="checkbox"/> No categorizado <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 22. ¿Cuándo entró al servicio militar? | ____/____/____ <input type="checkbox"/> No sabe | |
| 23. ¿Cuándo dejó el servicio militar? | ____/____/____ <input type="checkbox"/> No sabe | |
| 24. Ingreso del hogar como porcentaje del Ingreso Medio de Área (AMI) | <input type="checkbox"/> Menos que 30% <input type="checkbox"/> De 30% a 50% | |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Mayor que 50% | |
| 25. Puntuación de estación VAMC | _____ | |

¿Usted prestó servicio en cualquiera de las siguientes guerra(s)/épocas de guerra?

| | | | |
|--|--|--|--|
| 26. Segunda Guerra Mundial <i>Dic. 1941 – Dic. 1946</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 27. Guerra de Korea <i>Jun. 1950 – Ene. 1955</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 28. Guerra de Vietnam <i>Feb. 1961 – May. 1975</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 29. Guerra del Golfo Pérsico (Operación Tormenta del Desierto) <i>Ago. 1990 – Abr. 1991</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 30. Guerra de Afghanistan (Operación Libertad Duradera) <i>Oct. 2001 - Presente</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 31. Guerra de Iraq (Operación Libertad Iraquí) <i>Mar. 2003 – Ago. 2010</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 32. Iraq (Operación Nuevo Amanecer) <i>Sep. 2010 – Dic. 2011</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |
| 33. Otras operaciones de mantenimiento de paz, o intervenciones militares (como Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado | |

SSVF – Solo para la cabeza de hogar. Las preguntas requeridas están sombreadas

| Pregunta | Seleccione una Respuesta | Comentarios |
|---|--|-------------|
| 34. Referido a través del Sistema Coordinado de Entrada (CES), u otro programa de asistencia para personas sin hogar con el fin de prevenir que el hogar entre a un Refugio de Emergencia, Vivienda Temporal, o a un lugar no apto para residencia humana | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 35. Se espera que la vivienda se pierda dentro de... | <input type="checkbox"/> 0– 6 días <input type="checkbox"/> 14–21 días <input type="checkbox"/> 7– 0 días <input type="checkbox"/> Menos que 21 días (0 puntos) | |
| 36. Actualmente el ingreso del hogar es \$0 | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 37. Ingreso Bruto Anual del hogar | <input type="checkbox"/> 0-14% del ingreso medio del área (AMI) para el tamaño del hogar <input type="checkbox"/> 15-30% del AMI para el tamaño del hogar <input type="checkbox"/> Más del 30% del AMI para el tamaño del hogar (0 puntos) | |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

| | | |
|---|---|--|
| 38. Disminución inesperada y significativa del ingreso monetario (beneficios no monetarios/empleo) o/y aumento inevitable en gastos no discrecionales (e.g. arriendo, gastos médicos) en los últimos 6 meses | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 39. Cambio mayor en la composición del hogar (e.g muerte de un miembro de la familia, separación/divorcio de la pareja, nacimiento de un hijo) en los últimos seis meses | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 40. Desalojos de Alquiler en los últimos 7 años | <input type="checkbox"/> 4 o más desalojos de alquiler previos <input type="checkbox"/> 2-3 desalojos de alquiler previos <input type="checkbox"/> 1 desalojo de alquiler previo <input type="checkbox"/> Ningún desalojo de alquiler previo (0 puntos) | |
| 41. Actualmente en riesgo de perder un subsidio de vivienda de inquilino, o una vivienda en una unidad o edificio subsidiado | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 42. Historial de Situación de Pérdida de Hogar Literal (calle/refugio/vivienda temporal) | <input type="checkbox"/> 4 o más veces, o un total de al menos 12 meses en los últimos tres años <input type="checkbox"/> 2-3 veces en los últimos tres años <input type="checkbox"/> 1 vez en los últimos tres años <input type="checkbox"/> Ninguna vez (0 puntos) | |
| 43. La cabeza del hogar tiene una condición de discapacidad (salud física, salud mental, abuso de sustancias) que afecta directamente la habilidad para mantener vivienda | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 44. Record criminal por un incendio provocado, tráfico/producción de drogas, o un delito contra una persona o propiedad | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 45. Registro de delincuencia sexual | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 46. Al menos un hijo/a dependiente menor a 6 años | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 47. Padre/Madre soltero(a) con hijo(s) menor(es) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 48. Tamaño de hogar de 5 o más personas necesitando al menos 3 habitaciones (debido a edad, mezcla de géneros) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 49. Algún veterano en el hogar prestó servicio en Iraq o Afghanistan | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 50. Veterana femenina | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) <input type="checkbox"/> Si | |
| 51. Puntos totales de aplicante HP (número entero) | _____ | |
| 52. Puntuación del umbral objetivo del beneficiario (número entero) | _____ | |

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

SSVF– Solo para la cabeza de hogar y adultos. Las preguntas requeridas están sombreadas

| Pregunta | Seleccione una Respuesta | Comentarios |
|---|---|-------------|
| 53. Número de visitas a una sala de emergencia en el último año | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Más de 20 <input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> 3 – 5 <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 6 – 10 <input type="checkbox"/> Dato no recolectado <input type="checkbox"/> 11 – 20 | |
| 54. Número aproximado de noches en la cárcel o prisión en el último año | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Más de 20 <input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> 3 – 5 <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 6 – 10 <input type="checkbox"/> Dato no recolectado <input type="checkbox"/> 11 – 20 | |
| 55. Número aproximado de noches en un centro médico en el último año | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Más de 20 <input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> 3 – 5 <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 6 – 10 <input type="checkbox"/> Dato no recolectado <input type="checkbox"/> 11 – 20 | |

CHRONIC HOMELESSNESS - Adults aged 18 and older and Head of Household < 18 years old, required questions are shaded

| Pregunta | Seleccione una Respuesta | Comentarios |
|---|--|-------------|
| <p>SOLO PARA EL PERSONAL DE LA AGENCIA – NO PREGUNTAR:</p> <p>56. Is the client chronically homeless?</p> <p><i>To be chronically homeless, the client must be a homeless individual or a Familia with an adult head of household (or if there is no adult in the Familia, a minor head of household) with a disability who lives in a place not meant for human habitation, a safe haven, or in an emergency shelter; and has been homeless continuously for at least 12 months or on at least 4 separate occasions in the last 3 years where the combined occasions equal at least 12 months</i></p> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | |

REALOJAMIENTO RÁPIDO– Se requiere SOLO para clientes de Realojamiento Rápido

| Pregunta | Seleccione una Respuesta | Comentarios |
|---|---------------------------|-------------|
| 57. Si el cliente fue puesto en vivienda permanente, Fecha de Mudanza | <p>____ / ____ / ____</p> | |

Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber

Firma del Cliente

Sitio

Fecha

Firma del personal de la agencia

Sitio

Fecha

HMIS Intake and Enrollment Form – SSVF Funded Projects

Client Name / ID: _____

NO ESCRIBA EN EL SIGUIENTE CUADRO– SOLO PERSONAL DE ENTRADA DE DATOS (Opcional):

Date entered into HMIS: ____/____/____

| Question | Answer | Initials of Staff completion | Comments |
|--|---|------------------------------|----------|
| Was the hard copy intake form completely filled out correctly? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____