

# HMIS Intake and Enrollment Form – VASH 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)	
_____ / _____ / _____  <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	Calidad de datos de la dirección: <input type="checkbox"/> Dirección completa reportada <input type="checkbox"/> Dirección incompleta o estimada reportada <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"/> Celular <input type="checkbox"/> Centro de Mensajes	<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"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Centro de Mensajes	
<b>Correo Electrónico</b>	_____@_____	<b>Notas</b>

# HMIS Intake and Enrollment Form – VASH 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 – VASH 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) Cantidad: _____	<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"/> WIC	<input type="checkbox"/> Transporte de CalWorks	<input type="checkbox"/> Sección 8 o Asistencia de Arriendo	
	<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por CalWorks	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

# HMIS Intake and Enrollment Form – VASH 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    | 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
<b>Contacto Alterno</b> (¿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	
<b>Emergencia</b> (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 – VASH 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 – VASH 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 – VASH 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
<b>8. ¿En qué ciudad estaba residiendo inmediatamente antes de entrar a este proyecto?</b>	<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	
<b>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))</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**BIENESTAR** – Todos los clientes, las preguntas requeridas están sombreadas

# HMIS Intake and Enrollment Form – VASH Funded Projects

Client Name / ID: \_\_\_\_\_

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	
13c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	



# HMIS Intake and Enrollment Form – VASH Funded Projects

Client Name / ID: \_\_\_\_\_

<b>(Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos')</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<b>13d. ¿Cómo fue confirmada la condición de abuso de sustancias? (Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos')</b>	<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	
<b>14. ¿Alguna vez le han dicho que tiene una discapacidad de aprendizaje, o discapacidad de desarrollo?</b>	<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	
<b>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')</b>	<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	
<b>14b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si pregunta 14 es 'Si')</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
<b>14c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 14 es 'Si')</b>	<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	
<b>15. ¿Siente que tiene un problema de salud mental?</b>	<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	
<b>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')</b>	<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	
<b>15b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si Pregunta 15 es 'Si')</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
<b>15c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si Pregunta 15 es 'Si')</b>	<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	
<b>16. ¿Ha sido víctima de violencia doméstica o víctima de violencia de pareja?</b>	<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	
<b>16a. ¿Hace cuánto tiempo tuvo esa experiencia?</b>	<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	
<b>16b. ¿Esta actualmente huyendo? (Se requiere si pregunta 16 es 'Si')</b>	<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	

# HMIS Intake and Enrollment Form – VASH 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.

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	

*NOTA: Las siguientes preguntas se requieren para programas SSVF, pero se recomienda completarlas para todos los veteranos*

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% <input type="checkbox"/> Mayor que 50%	

# HMIS Intake and Enrollment Form – VASH Funded Projects

Client Name / ID: \_\_\_\_\_

25. Puntuación de estación VAMC	_____	_____
<b>¿Usted prestó servicio en cualquiera de las siguientes guerra(s)/épocas de guerra?</b>		
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

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

Pregunta	Seleccione una Respuesta	Comentarios
<p><b>SOLO PARA EL PERSONAL DE LA AGENCIA – NO PREGUNTAR:</b></p> <p><b>56. Is the client chronically homeless?</b></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	

**VASH** – Se requiere SOLO para clientes financiados por RHY

Pregunta	Seleccione una Respuesta	Comentarios
<p><b>61. Último grado completado</b></p> <p><b>(Se requiere para VASH, RHY, y SSVF)</b></p>	<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"/> Grado 12/Diploma de HS <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> El programa escolar	<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

# HMIS Intake and Enrollment Form – VASH Funded Projects

Client Name / ID: \_\_\_\_\_

	no tiene grados <input type="checkbox"/> Algunos cursos colegiales									
<b>63.</b> Comparado con personas de su edad, usted diría que su estado de salud es:  (Se requiere para RHY y VASH)	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Excelente</td> <td><input type="checkbox"/> Pobre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muy bueno</td> <td><input type="checkbox"/> Cliente no sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bueno</td> <td><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aceptable</td> <td><input type="checkbox"/> Dato no recolectado</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Pobre									
<input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe									
<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa									
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado									

Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Sitio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de la agencia

\_\_\_\_\_  
Sitio

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Date entered into HMIS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Staff Name (verifying completion of Data Entry): \_\_\_\_\_