

SITUACIÓN DE VIVIENDA ACTUAL

Information for Intake personnel: This data elements is collected For Head of Households and Adults in CoC, ESG, RHY, or PATH funded Street Outreach; PATH funded Services Only, ESG funded Night-by-Night Emergency Shelters, and Coordinated Entry Projects.

Street Outreach and Services Only: Record every contact made with each client by recording their Current Living Situation, including when the Project Start Date, Prior Living Situation or Date of Engagement is recorded on the same day. There may or may not be a contact made at project exit.

Night-by-Night Shelters: Only record a Current Living Situation if the interaction between the shelter personnel and the client goes beyond the basic provision of shelter services. A Current Living Situation for emergency shelter does not include activities of daily sheltering (e.g. bed registration, request for personal care items, dinner sign-up, meals, etc.)

NOMBRE DEL PROYECTO										
NOMBRE DEL CLIENTE										
FECHA DE SITUACIÓN DE VIVIENDA ACTUAL	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>—</td> <td></td> <td></td> <td>—</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			—			—			
		—			—					

Situación de Vivienda Actual <i>(Proyectos financiados por PATH están limitados a las respuestas con asterisco*)</i>	
SITUACIÓN DE PÉRDIDA DE VIVIENDA	
<input type="checkbox"/> Lugar no apto para residencia humana (e.g., un vehículo, un edificio abandonado, bus/tren/estación de tren /aeropuerto o cualquier sitio al aire libre)* <input type="checkbox"/> Refugio de Emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con vale de Refugio de Emergencia, o Hogar de Acogida financiado por RHY* <input type="checkbox"/> Refugio Seguro*	
SITUACIÓN INSTITUCIONAL	
<input type="checkbox"/> Hogar de crianza temporal <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil	<input type="checkbox"/> Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayores <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias
SITUACIÓN DE VIVIENDA TEMPORAL Y PERMANENTE	
<input type="checkbox"/> Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin un vale de Refugio de Emergencia <input type="checkbox"/> Vivienda temporal para personas sin hogar (incluyendo personas jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Hogar de Acogida (sin crisis) <input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo <input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP <input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH <input type="checkbox"/> Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)	<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de RRH, o subsidio equivalente <input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con vale de Programa de Elección de Vivienda HCV <input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente en una unidad pública de vivienda <input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No pudo ser determinado por el trabajador* <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

2020 OC HMIS: SPANISH CURRENT LIVING SITUATION ASSESSMENT FORM

(Only for Coordinated Entry System Projects) Living Situation Verified by: (Agency/Project that verified living situation information)	
--	--

<i>Si la situación actual de vivienda del cliente es cualquiera de las opciones diferentes a Situación de Pérdida de Vivienda,</i> ¿El cliente tiene que abandonar su situación de vivienda actual dentro de 14 días?	<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
<i>Si el cliente tiene que abandonar su situación de vivienda actual dentro de 14 días,</i> ¿Tiene identificado el próximo lugar de residencia?	<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
<i>Si el cliente tiene que abandonar su situación de vivienda actual dentro de 14 días,</i> ¿El individuo o la familia tienen una red de apoyo que le permita obtener otra vivienda permanente?	<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
<i>Si el cliente tiene que abandonar su situación de vivienda actual dentro de 14 días,</i> ¿El cliente tiene un contrato de arrendamiento o un interés de adquirir una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?	<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
<i>Si el cliente tiene que abandonar su situación de vivienda actual dentro de 14 días,</i> ¿El cliente se ha mudado dos o más veces en los últimos 60 días?	<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
Detalle de Ubicación		

Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber.

 Firma del Cliente (Client Signature)

 Fecha (Date)

 Firma del personal de la agencia (Agency Staff Signature)

 Fecha (Date)

NO RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS – SOLO PARA PERSONAL DE ENTRADA DE DATOS (Opcional): DO
NOT ANSWER QUESTIONS BELOW – DATA ENTRY PERSONNEL ONLY (Optional)

Date entered into HMIS: ____/____/____

Question	Answer	Comments
Was the current living situation assessment form completely and correctly filled out	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____