

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

PERFIL DEL CLIENTE

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)																
CALIDAD DEL SSN																
☐ SSN completo reportado	☐ SSN aproximado o parcial reportado	☐ Cliente no sabe	☐ Cliente se rehúsa	☐ Dato no recolectado												
NOMBRE DEL CLIENTE											N/A					
Apellido(s)																☐
Nombre (s)																☐
Sufijo															☐	
CALIDAD DEL NOMBRE																
☐ Nombre completo reportado	☐ Nombre parcial, nombre de calle, o código de nombre reportado				☐ Cliente no sabe	☐ Cliente se rehúsa	☐ Dato no recolectado									
FECHA DE NACIMIENTO		Mes Día Año Edad:														
CALIDAD DE LA FECHA DE NACIMIENTO																
☐ Fecha completa reportada	☐ Fecha aproximada o parcial reportada				☐ Cliente no sabe	☐ Cliente se rehúsa	☐ Dato no recolectado									
GÉNERO																
☐ Femenino ☐ Maculino		☐ Trans Femenino (Transgénero Masculino a Femenino) ☐ Trans Maculino (Transgénero Femenino a Masculino) ☐ Género no Conforme (i.e. no exclusivamente masculino o femenino)								☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado						
RAZA																
☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano				☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico ☐ Asiático				☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado								
ETNIA																
☐ No-Hispano ☐ Hispano												☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado				
VETERANO																
☐ No ☐ Si												☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado				

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

PREGUNTAS OPCIONALES DE OC

Alias		
Pronombre(s)	☐ Ella/la ☐ Él/lo	☐ Ellos/los ☐ Ellas/las ☐ Otro: _____

INSCRIPCIÓN AL PROYECTO

RELACIÓN CON LA CABEZA DE HOGAR

☐ Si mismo (cabeza de hogar) ☐ Hijo/hija de la cabeza de hogar ☐ Esposo/a o compañero/a de la cabeza de hogar	☐ Otra relación con la cabeza de hogar ☐ Otro: Miembro sin relación
--	--

NOMBRE DEL PROYECTO											
FECHA DE INICIO EN EL PROYECTO	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			—			—				
		—			—						
FECHA DE ALOJAMIENTO EN VIVIENDA <i>(Housing Move-In Date)</i> <i>(Para proyectos de Vivienda de Apoyo Permanente (PSH), Realojamiento Rápido (RRH), y Vivienda de Apoyo Permanente sin requerimiento de discapacidad)</i>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			—			—				
		—			—						

SITUACIÓN DE VIVIENDA PREVIA para proyectos de Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle (*Street Outreach, Emergency Shelter, or Safe Haven*)

Tipo de Residencia 3.917A <i>(Condición de vivienda del cliente la noche anterior a ingresar a este proyecto)</i>	
SITUACIÓN DE PÉRDIDA DE VIVIENDA	
☐ 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) ☐ Refugio de Emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con vale de Refugio de Emergencia, o Hogar de Acogida financiado por RHY ☐ Refugio Seguro	
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	
☐ Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar ☐ Hotel o motel pagado sin un vale de Refugio de Emergencia ☐ Vivienda temporal para personas sin hogar (incluyendo personas jóvenes sin hogar) ☐ Hogar de Acogida (sin crisis) ☐ Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo ☐ Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia	☐ Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de RRH, o subsidio equivalente ☐ Arrendado por el cliente, con vale de Programa de Elección de Vivienda HCV ☐ Arrendado por el cliente en una unidad pública de vivienda ☐ Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda ☐ Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio de vivienda ☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda ☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

☐ Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP	☐ Cliente no sabe
☐ Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH	☐ Cliente se rehúsa
☐ Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)	☐ Dato no recolectado

Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa
(Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia)

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

Si el Tipo de Residencia del Cliente es cualquiera de las opciones de la Situación Institucional

Duración de Estancia menor que 90 días (Indique si la estancia en la institución donde se quedó antes de ingresar a este proyecto fue menor que 90 días)	☐ No	☐ Si
--	-----------------------------	-----------------------------

Si 'Duración de Estancia menor que 90 días' es SI

La noche anterior a la estancia estuvo en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro (La noche anterior a la estancia en la institución menor que 90 días, o la estancia en la vivienda temporal o permanente menor que 7 noches, estuvo en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro)	☐ No	☐ Si
---	-----------------------------	-----------------------------

Fecha aproximada en la que la situación de pérdida de vivienda inició (Fecha aproximada en la que el actual episodio de pérdida de vivienda inició)
--

____/____/____

Cuántas veces ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy (Independientemente de dónde se quedó anoche)

☐ Una vez	☐ Tres veces	☐ Cliente no sabe
☐ Dos veces	☐ Cuatro veces o más	☐ Cliente se rehúsa
		☐ Dato no recolectado

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

☐ Un mes (esta vez es el primer mes)	☐ Seis Meses	☐ Once Meses
☐ Dos Meses	☐ Siete Meses	☐ Doce Meses
☐ Tres Meses	☐ Ocho Meses	☐ Más de 12 meses
☐ Cuatro Meses	☐ Nueve Meses	☐ Client doesn't know
☐ Cinco Meses	☐ Diez Meses	☐ Client refused
		☐ Data not collected

SITUACIÓN DE VIVIENDA PREVIA para proyectos diferentes a Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle

Tipo de Residencia 3.917B (Condición de vivienda del cliente la noche anterior a ingresar a este proyecto)

SITUACIÓN DE PÉRDIDA DE VIVIENDA

☐ 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)
☐ Refugio de Emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con vale de Refugio de Emergencia, o Hogar de Acogida financiado por RHY
☐ Refugio Seguro

SITUACIÓN INSTITUCIONAL

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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

SITUACIÓN DE VIVIENDA TEMPORAL Y PERMANENTE		
☐ Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar ☐ Hotel o motel pagado sin un vale de Refugio de Emergencia ☐ Vivienda temporal para personas sin hogar (incluyendo personas jóvenes sin hogar) ☐ Hogar de Acogida (sin crisis) ☐ Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo ☐ Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia ☐ Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP ☐ Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH ☐ Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)		
☐ Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de RRH, o subsidio equivalente ☐ Arrendado por el cliente, con vale de Programa de Elección de Vivienda HCV ☐ Arrendado por el cliente en una unidad pública de vivienda ☐ Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda ☐ Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio de vivienda ☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda ☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda ☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado		
Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa (Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia)		
☐ 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

Si el Tipo de Residencia del Cliente es cualquiera de las opciones de la Situación de Pérdida de Vivienda

Fecha aproximada en la que la situación de pérdida de vivienda inició (Fecha aproximada en la que el actual episodio de pérdida de vivienda inició)		
____/____/____		
Cuántas veces ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy (Independientemente de dónde se quedó anoche)		
☐ Una vez ☐ Dos veces	☐ Tres veces ☐ Cuatro veces o más	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
Número total de meses que ha estado sin vivienda en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años		
☐ Un mes (esta vez es el primer mes) ☐ Dos Meses ☐ Tres Meses ☐ Cuatro Meses ☐ Cinco Meses	☐ Seis Meses ☐ Siete Meses ☐ Ocho Meses ☐ Nueve Meses ☐ Diez Meses	☐ Once Meses ☐ Doce Meses ☐ Más de 12 meses ☐ Client doesn't know ☐ Client refused ☐ Data not collected

Si el Tipo de Residencia del Cliente es cualquiera de las opciones de la Situación Institucional

Duración de Estancia menor que 90 días (Indique si la estancia en la institución donde se quedó antes de ingresar a este proyecto fue menor que 90 días)	No	Si
	☐	☐

Si el Tipo de Residencia del Cliente es cualquiera de las opciones de la Situación de Vivienda Temporal y Permanente

Duración de Estancia menor que 7 noches (Indique si la estancia en la vivienda temporal o permanente donde se quedó antes de ingresar a este proyecto fue menor que 7 noches)	No	Si
	☐	☐

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

Si 'Duración de Estancia menor que 90 días' es SI — O — 'Duración de Estancia menor que 7 noches' es SI

La noche anterior a la estancia estuvo en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro <i>(La noche anterior a la estancia en la institución menor que 90 días, o la estancia en la vivienda temporal o permanente menor que 7 noches, estuvo en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro)</i>	☐ No	☐ Si
--	-----------------------------	-----------------------------

Si 'La noche anterior a la estancia estuvo en la calle, Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro' es SI

Fecha aproximada en la que la situación de pérdida de vivienda inició <i>(Fecha aproximada en la que el actual episodio de pérdida de vivienda inició)</i>		
____/____/____		
Cuántas veces ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy <i>(Independientemente de dónde se quedó anoche)</i>		
☐ Una vez ☐ Dos veces	☐ Tres veces ☐ Cuatro veces o más	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
Número total de meses que ha estado sin vivienda en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años		
☐ Un mes (esta vez es el primer mes) ☐ Dos Meses ☐ Tres Meses ☐ Cuatro Meses ☐ Cinco Meses	☐ Seis Meses ☐ Siete Meses ☐ Ocho Meses ☐ Nueve Meses ☐ Diez Meses	☐ Once Meses ☐ Doce Meses ☐ Más de 12 meses ☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

¿Tiene una condición de discapacidad?

☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
--	--

¿Tiene alguna discapacidad física?

☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
<i>En caso de tener una discapacidad física,</i> ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?	☐ No ☐ Si
	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado

¿Tiene alguna discapacidad de desarrollo?

☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
--	--

¿Tiene alguna condición de salud crónica?

☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
--	--

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<i>En caso de tener una condición de salud crónica,</i> ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?	☐ No	☐ Cliente no sabe
	☐ Si	☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado

¿Ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo?		
☐ No	☐ Cliente no sabe	
☐ Si	☐ Cliente se rehúsa	
	☐ Dato no recolectado	

¿Tiene un problema de salud mental?		
☐ No	☐ Cliente no sabe	
☐ Si	☐ Cliente se rehúsa	
	☐ Dato no recolectado	
<i>En caso de tener un problema de salud mental,</i> ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?	☐ No	☐ Cliente no sabe
	☐ Si	☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado

¿Tiene algún problema de abuso de sustancias?		
☐ No	☐ Cliente no sabe	
☐ Abuso de Alcohol	☐ Cliente se rehúsa	
☐ Abuso de Drogas	☐ Dato no recolectado	
☐ Abuso de Ambos, Drogas y de Alcohol		
<i>En caso de tener un problema de abuso de sustancias,</i> ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?	☐ No	☐ Cliente no sabe
	☐ Si	☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado

¿Es sobreviviente de violencia doméstica o de pareja?		
☐ No	☐ Cliente no sabe	
☐ Si	☐ Cliente se rehúsa	
	☐ Dato no recolectado	
<i>En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja</i>		
¿Cuándo ocurrió esta experiencia?	☐ En los últimos tres meses ☐ Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) ☐ Hace seis a doce meses (excluyendo exactamente un año) ☐ Hace más de un año	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
¿Esta actualmente huyendo?	☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado

INGRESOS MENSUALES Y FUENTES DE INGRESO

Ingreso de cualquier fuente	☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
EN CASO DE RECIBIR INGRESOS DE CUALQUIER FUENTE – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUEN		
Fuente de Ingreso (Marque todas las que apliquen)	Cantidad Mensual	
☐ Ingreso Ganado		
☐ Seguro de Desempleo		
☐ Compensación de Trabajador		

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

☐ Seguro de Discapacidad Privado	
☐ Compensación por discapacidad relacionada con servicios de VA	
☐ Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	
☐ Ingreso de Jubilación del Seguro Social	
☐ Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA	
☐ Pensión o Ingreso de Jubilación de un antiguo empleo	
☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	
☐ Asistencia General (GA) (<i>Alivio General (GR)</i>)	
☐ Manutención Conyugal	
☐ Manutención Infantil	
☐ Otro Ingreso en Efectivo (Especifique: _____)	

BENEFICIOS NO MONETARIOS

Recibe beneficios no monetarios	☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
EN CASO DE RECIBIR INGRESOS NO MONETARIOS – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUE		
☐ Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)	☐ Servicios de Transporte de TANF	
☐ Programa Nutrición Suplementario Especial para mujeres y niños	☐ Otros servicios financiados por TANF	
☐ Servicios de Cuidado Infantil de TANF	☐ Otro Beneficios no Monetarios (Especifique Fuente): _____	

SEGURO DE SALUD

Cubierto por un seguro de salud	☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
EN CASO DE ESTAR CUBIERTO POR UN SEGURO DE SALUD – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUE		
☐ MEDICAID	☐ Seguro obtenido a través de COBRA	
☐ MEDICARE	☐ Seguro de Salud Privado	
☐ Seguro de Salud Infantil Estatal	☐ Seguro de Salud Estatal para Adultos	
☐ Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)	☐ Programa de Servicio de Salud Indígena	
☐ Seguro de Salud suministrado por el empleador	☐ Otro Seguro de Salud (Especifique Fuente): _____	

ÚLTIMA DIRECCIÓN PERMANENTE

Ciudad Previa <i>La última ciudad en la que el cliente tuvo vivienda Permanente antes de entrar a este proyecto.</i>	_____
--	-------

PREGUNTAS PERSONALIZADAS DE OC

¿En qué ciudad se encontraba inmediatamente antes de entrar a este proyecto?

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<i>La ciudad en la que el cliente pasó la noche anterior a entrar a este proyecto</i>			
☐ Aliso Viejo	☐ Huntington Beach	☐ Newport Beach	☐ Westminster
☐ Anaheim	☐ Irvine	☐ Orange	☐ Yorba Linda
☐ Brea	☐ La Habra	☐ Placentia	☐ Area no incorporada de Orange County
☐ Buena Park	☐ La Palma	☐ Rancho Santa Margarita	☐ Afuera de Orange County, pero en California
☐ Costa Mesa	☐ Laguna Beach	☐ San Clemente	☐ Afuera de California
☐ Cypress	☐ Laguna Hills	☐ San Juan Capistrano	☐ Cliente no sabe
☐ Dana Point	☐ Laguna Niguel	☐ Santa Ana	☐ Cliente se rehúsa
☐ El Modena	☐ Laguna Woods	☐ Seal Beach	☐ Dato no recolectado
☐ Fountain Valley	☐ Lake Forest	☐ Stanton	
☐ Fullerton	☐ Los Alamitos	☐ Tustin	
☐ Garden Grove	☐ Mission Viejo	☐ Villa Park	
Número de Teléfono (Opcional)			
Dirección de Correo Electrónico (Opcional)			

¿En qué estado nació usted?				
☐ AL - Alabama	☐ HI - Hawaii	☐ MA - Massachusetts	☐ NM - New Mexico	☐ SD - South Dakota
☐ AL - Alaska	☐ ID - Idaho	☐ MI - Michigan	☐ NY - New York	☐ TN - Tennessee
☐ AZ - Arizona	☐ IL - Illinois	☐ MN - Minnesota	☐ NC - North Carolina	☐ TX - Texas
☐ AR - Arkansas	☐ IN - Indiana	☐ MS - Mississippi	☐ ND - North Dakota	☐ UT - Utah
☐ CA - California	☐ IA - Iowa	☐ MO - Missouri	☐ OH - Ohio	☐ VT - Vermont
☐ CO - Colorado	☐ KS - Kansas	☐ MT - Montana	☐ OK - Oklahoma	☐ VA - Virginia
☐ CT - Connecticut	☐ KY - Kentucky	☐ NE - Nebraska	☐ OR - Oregon	☐ WA - Washington
☐ DE - Delaware	☐ LA - Louisiana	☐ NV - Nevada	☐ PA - Pennsylvania	☐ WV - West Virginia
☐ FL - Florida	☐ ME - Maine	☐ NH - New Hampshire	☐ RI - Rhode Island	☐ WI - Wisconsin
☐ GA - Georgia	☐ MD - Maryland	☐ NJ - New Jersey	☐ SC - South Carolina	☐ WY - Wyoming
¿En qué país nació usted?				
Situación de Empleo		☐ Tiempo Completo	☐ Desempleado	☐ Cliente no sabe
		☐ Medio Tiempo	☐ Discapacitado	☐ Cliente se rehúsa
		☐ Temporal/ esporádico	☐ Retirado	☐ Dato no recolectado

¿En qué estado nació usted?				
☐ AL - Alabama	☐ GA - Georgia	☐ MA - Massachusetts	☐ NM - New Mexico	☐ TN - Tennessee
☐ AL - Alaska	☐ HI - Hawaii	☐ MI - Michigan	☐ NY - New York	☐ TX - Texas
☐ AZ - Arizona	☐ ID - Idaho	☐ MN - Minnesota	☐ NC - North Carolina	☐ UT - Utah
☐ AR - Arkansas	☐ IL - Illinois	☐ MS - Mississippi	☐ ND - North Dakota	☐ VT - Vermont
☐ CA - California	☐ IN - Indiana	☐ MO - Missouri	☐ OH - Ohio	☐ VA - Virginia
☐ CO - Colorado	☐ IA - Iowa	☐ MT - Montana	☐ OK - Oklahoma	☐ WA - Washington
☐ CT - Connecticut	☐ KS - Kansas	☐ NE - Nebraska	☐ OR - Oregon	☐ WV - West Virginia
☐ DE - Delaware	☐ KY - Kentucky	☐ NV - Nevada	☐ PA - Pennsylvania	☐ WI - Wisconsin
☐ DC - District of Columbia	☐ LA - Louisiana	☐ NH - New Hampshire	☐ RI - Rhode Island	☐ WY - Wyoming
☐ FL - Florida	☐ ME - Maine	☐ NJ - New Jersey	☐ SC - South Carolina	☐ Cliente no sabe
	☐ MD - Maryland		☐ SD - South Dakota	☐ Cliente se rehúsa
				☐ Otro
<i>En caso de contestar 'Otro' en estado donde nació</i>				
¿En qué país nació usted?				
Situación de Empleo	☐ Tiempo Completo	☐ Desempleado	☐ Cliente no sabe	
	☐ Medio Tiempo	☐ Discapacitado	☐ Cliente se rehúsa	

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

☐ Temporal/ esporádico	☐ Retirado	☐ Dato no recolectado
---	-----------------------------------	--

PREGUNTAS DE ENTRADA DE CFCOC

¿Este cliente está recibiendo servicios financiados por <i>Children and Families Commission Orange County</i> ?	☐ No ☐ Yes
Fecha inicial de Cama Nocturna de CFCOC <i>La primera cama nocturna del cliente financiada por CFCOC</i>	____/____/____
Fecha final de Cama Nocturna de CFCOC <i>La última cama nocturna del cliente financiada por CFCOC</i>	____/____/____

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 (Opcional)

Date entered into HMIS: ____/____/____

Question	Answer	Comments
Was the hard copy intake form completely filled out correctly?	☐ No ☐ Yes	

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____