

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

PERFIL DEL CLIENTE

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													-			-																			
			-			-																															
CALIDAD DEL SSN																																					
<input type="checkbox"/> SSN completo reportado	<input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial reportado	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado																																	
NOMBRE DEL CLIENTE											N/A																										
Apellido(s)												<input type="checkbox"/>																									
Nombre (s)												<input type="checkbox"/>																									
Sufijo											<input type="checkbox"/>																										
CALIDAD DEL NOMBRE																																					
<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																																	
FECHA DE NACIMIENTO		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Edad:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="3">Día</td> <td colspan="3">Año</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>												-			-							Edad:	Mes		Día			Año							
		-			-							Edad:																									
Mes		Día			Año																																
CALIDAD DE LA FECHA DE NACIMIENTO																																					
<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																																	
GÉNERO																																					
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Maculino	<input type="checkbox"/> Trans Femenino (Transgénero Masculino a Femenino) <input type="checkbox"/> Trans Maculino (Transgénero Femenino a Masculino) <input type="checkbox"/> Género no Conforme (i.e. no exclusivamente masculino o femenino)	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado																																			
RAZA																																					
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado																																			
ETNIA																																					
<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																										
VETERANO																																					
<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																										

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

PREGUNTAS OPCIONALES DE OC

Alias	_____	
Pronombre(s)	<input type="checkbox"/> Ella/la <input type="checkbox"/> Él/lo	<input type="checkbox"/> Ellos/los <input type="checkbox"/> Ellas/las <input type="checkbox"/> Otro: _____

INSCRIPCIÓN AL PROYECTO

RELACIÓN CON LA CABEZA DE HOGAR

<input type="checkbox"/> Si mismo (cabeza de hogar) <input type="checkbox"/> Hijo/hija de la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Esposo/a o compañero/a de la cabeza de hogar	<input type="checkbox"/> Otra relación con la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Otro: Miembro sin relación
--	--

NOMBRE DEL PROYECTO	_____										
FECHA DE INICIO EN EL PROYECTO	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></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" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></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	
<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"/> 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

<input type="checkbox"/> Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)		<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa (Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia)		
<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos que un mes	<input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos que 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos que un año <input type="checkbox"/> Un año o más	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Tres veces <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> Dos Meses <input type="checkbox"/> Tres Meses <input type="checkbox"/> Cuatro Meses <input type="checkbox"/> Cinco Meses	<input type="checkbox"/> Seis Meses <input type="checkbox"/> Siete Meses <input type="checkbox"/> Ocho Meses <input type="checkbox"/> Nueve Meses <input type="checkbox"/> Diez Meses	<input type="checkbox"/> Once Meses <input type="checkbox"/> Doce Meses <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <input type="checkbox"/> Client doesn't know <input type="checkbox"/> Client refused <input type="checkbox"/> 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	
<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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa (Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia)		
<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos que un mes	<input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos que 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos que un año <input type="checkbox"/> Un año o más	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Tres veces <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> Dos Meses <input type="checkbox"/> Tres Meses <input type="checkbox"/> Cuatro Meses <input type="checkbox"/> Cinco Meses	<input type="checkbox"/> Seis Meses <input type="checkbox"/> Siete Meses <input type="checkbox"/> Ocho Meses <input type="checkbox"/> Nueve Meses <input type="checkbox"/> Diez Meses	<input type="checkbox"/> Once Meses <input type="checkbox"/> Doce Meses <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <input type="checkbox"/> Client doesn't know <input type="checkbox"/> Client refused <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
--	-----------------------------	-----------------------------

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

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>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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>
--

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Una vez | <input type="checkbox"/> Tres veces | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Dos veces | <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más | <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa |
| | | <input type="checkbox"/> 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
--

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) | <input type="checkbox"/> Seis Meses | <input type="checkbox"/> Once Meses |
| <input type="checkbox"/> Dos Meses | <input type="checkbox"/> Siete Meses | <input type="checkbox"/> Doce Meses |
| <input type="checkbox"/> Tres Meses | <input type="checkbox"/> Ocho Meses | <input type="checkbox"/> Más de 12 meses |
| <input type="checkbox"/> Cuatro Meses | <input type="checkbox"/> Nueve Meses | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Cinco Meses | <input type="checkbox"/> Diez Meses | <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa |
| | | <input type="checkbox"/> Dato no recolectado |

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

¿Tiene una condición de discapacidad?

<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

¿Tiene alguna discapacidad física?

<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
<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?	<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

¿Tiene alguna discapacidad de desarrollo?

<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

¿Tiene alguna condición de salud crónica?

<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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

<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?	<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
--	--	--

¿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

¿Tiene un problema de salud mental?		
<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>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?	<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

¿Tiene algún problema de abuso de sustancias?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> Abuso de Ambos, Drogas y de Alcohol		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<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?	<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

¿Es sobreviviente de violencia doméstica o de pareja?		
<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>En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja</i>		
¿Cuándo ocurrió esta experiencia?	<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
¿Esta actualmente huyendo?	<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

INGRESOS MENSUALES Y FUENTES DE INGRESO

Ingreso de cualquier fuente	<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
EN CASO DE RECIBIR INGRESOS DE CUALQUIER FUENTE – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUEN		
Fuente de Ingreso (Marque todas las que apliquen)		Cantidad Mensual
<input type="checkbox"/> Ingreso Ganado		
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo		

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

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

BENEFICIOS NO MONETARIOS

Recibe beneficios no monetarios	<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
EN CASO DE RECIBIR INGRESOS NO MONETARIOS – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUE		
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Servicios de Transporte de TANF	
<input type="checkbox"/> Programa Nutrición Suplementario Especial para mujeres y niños	<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF	
<input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Infantil de TANF	<input type="checkbox"/> Otro Beneficios no Monetarios (Especifique Fuente): _____	

SEGURO DE SALUD

Cubierto por un seguro de salud	<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
EN CASO DE ESTAR CUBIERTO POR UN SEGURO DE SALUD – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUE		
<input type="checkbox"/> MEDICAID	Si no está cubierto por MEDICAID, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> MEDICARE	Si no está cubierto por MEDICARE, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Infantil Estatal	Si no está cubierto por el Seguro de Salud Infantil Estatal, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

<input type="checkbox"/> Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)	Si no está cubierto por los Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA), RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud suministrado por el empleador	Si no está cubierto por el Seguro de Salud suministrado por el empleador, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA	Si no está cubierto por el Seguro obtenido a través de COBRA, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado	Si no está cubierto por el Seguro de Salud Privado, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos	Si no está cubierto por el Seguro de Salud Estatal para Adultos, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena	Si no está cubierto por el Programa de Servicio de Salud Indígena, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Otro Seguro de Salud	(Especifique Fuente): _____	

Si usted ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo

ASISTENCIA MÉDICA

¿Está recibiendo Asistencia Médica Pública para VIH/SIDA?	<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
SI NO ESTÁ RECIBIENDO ASISTENCIA MÉDICA PÚBLICA PARA VIH/SIDA – RAZÓN		
<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
¿Está recibiendo el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?	<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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

SI NO ESTÁ RECIBIENDO EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS CONTRA EL SIDA (ADAP) – RAZÓN	
<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

T-CELL (CD4) AND VIRAL LOAD

Cuenta T-Cell Disponible	<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
Si la cuenta T-Cell está disponible, Cuenta T-Cell (Número entre 0-1500)	Número: _____	
Si un número fue suministrado en la Cuenta T-Cell, ¿Cómo fue obtenido el dato?	<input type="checkbox"/> Reporte Médico <input type="checkbox"/> Reporte del Cliente <input type="checkbox"/> Otro	
Carga Viral Disponible	<input type="checkbox"/> No está disponible <input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Indetectable	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
Si la Carga Viral está disponible, Carga Viral (Número entre 0-999999)	Número _____	
Si un número fue suministrado en la Carga Viral, ¿Cómo fue obtenido el dato?	<input type="checkbox"/> Reporte Médico <input type="checkbox"/> Reporte del Cliente <input type="checkbox"/> Otro	

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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

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

PREGUNTAS DE ENTRADA DE CFCOC

¿Este cliente está recibiendo servicios financiados por <i>Children and Families Commission Orange County</i>?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____