2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — PATH

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																																					
☐ 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		<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																																					
☐ 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 — PATH

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>										
Connexión con SOAR	☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado									

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 GPD TIP ☐ Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH	☐ 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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — PATH

☐ Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)		
Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa <i>(Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia)</i>		
☐ 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 Institucional

Duración de Estancia menor que 90 días <i>(Indique si la estancia en la institución donde se quedó antes de ingresar a este proyecto fue menor que 90 días)</i>	☐ 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 <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
--	-----------------------------	-----------------------------

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 ☐ Client doesn't know ☐ 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 <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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — PATH

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 — PATH

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	☐ 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	☐ Cliente no sabe
☐ Cinco Meses	☐ Diez Meses	☐ Cliente se rehúsa
		☐ Dato no recolectado

Fecha de Compromiso (Date of Engagement) <i>(Fecha en la que una relación interactiva con el cliente resulta en una deliberada valoración del cliente)</i>	____/____/____
--	----------------

Fecha de Determinación de Estado (Date of Status Determination) <i>(Fecha en la que el estado de PATH ha sido determinado)</i>	____/____/____
--	----------------

El cliente se inscribió a PATH?	☐ No	☐ Si
--	-----------------------------	-----------------------------

<i>Si el cliente no se inscribió a PATH,</i> Razón por la cual no se inscribió	☐ El cliente no cumple los requisitos para ser inscrito en PATH ☐ El cliente no se inscribió debido a otra(s) razón(es) ☐ No fue posible localizar al cliente
--	--

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

¿Tiene una condición de discapacidad?

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

¿Tiene alguna discapacidad física?

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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — PATH

<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 ☐ Yes	☐ 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
--	--

<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 ☐ Yes	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
--	---	--

¿Ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo?

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

¿Tiene un problema de salud mental?

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

¿Tiene algún problema de abuso de sustancias?

☐ No ☐ Abuso de Alcohol ☐ Abuso de Drogas ☐ Abuso de Ambos, Drogas y de Alcohol	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ 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?	☐ No ☐ Yes	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
--	---	--

¿Es sobreviviente de violencia doméstica o de pareja?

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

En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja

¿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
-----------------------------------	--	--

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — PATH

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		
☐ 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): _____	

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — PATH

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 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	
	☐ Temporal/ esporádico	☐ Retirado	☐ Dato no recolectado	

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): _____