

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

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 — SSVF

Si Veterano es Si

¿En qué año entró al servicio militar?	_____
¿En qué año dejó el servicio militar?	_____

Teatro de Operaciones: Segunda Guerra Mundial

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

Teatro de Operaciones: Guerra de Corea

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

Teatro de Operaciones: Guerra de Vietnam

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

Teatro de Operaciones: Guerra del Golfo Pérsico

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

Teatro de Operaciones: Guerra de Afganistán

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

Teatro de Operaciones: Guerra de Iraq (Operación Libertad Iraquí)

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

Teatro de Operaciones: Guerra de Iraq (Operación Nuevo Amanecer)

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

Teatro de Operaciones: Otras operaciones de mantenimiento de paz, o intervenciones militares (como Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)

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

Rama Militar

☐ Ejército ☐ Fuerza Aérea ☐ Marina	☐ Cuerpo de Marines ☐ Guardia Costera	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
---	--	--

Tipo de Licencia

☐ Honorable ☐ General bajo condiciones honorables ☐ Otro diferente a honorable (OTH)	☐ Mala conducta ☐ Deshonroso ☐ No categorizado	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
---	---	--

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

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 *diferentes* a Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle

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 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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

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

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

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

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>
____/____/____

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

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

ÚLTIMA DIRECCIÓN PERMANENTE

Dirección Previa		Ciudad Previa	
Estado Previo		Código Postal	
Calidad de la dirección	☐ Dirección completa reportada ☐ Dirección incompleta o estimada	☐ 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
--	--

¿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
¿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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

☐ 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): _____	

INFORMACIÓN ADICIONAL

Número de la Estación VAMC	_____	
Conexión con SOAR	☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
Ingreso del hogar como porcentaje del Ingreso Medio del Área (AMI)	☐ Menos que 30% ☐ De 30% a 50% ☐ Mayor que 50%	

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

Último grado completado	☐ Menos que 5 grado ☐ Grados 5-6 ☐ Grados 7-8 ☐ Grados 9-11 ☐ Grado 12 ☐ El programa escolar no tiene grados ☐ GED ☐ Algunos cursos colegiales	☐ Grado de Asociado ☐ Grado de Profesional ☐ Postgrado ☐ Certificación Vocacional ☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
Empleo	☐ No ☐ Si	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado
Si 'Empleo' es NO, ¿Por qué no está empleado?	☐ Buscando empleo ☐ No está habilitado para trabajar ☐ No está buscando trabajo	
Si 'Empleo' es SI, ¿Qué tipo de empleo tiene?	☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Temporal/ esporádico (incluyendo trabajo diurno)	

CRITERIOS DE DETERMINACIÓN DE SSVF (SOLO para proyectos de Prevención de Pérdida de Hogar)

Referido a través del Sistema Coordinado de Entrada (CES), u otro programa de asistencia para personas sin hogar con el fin de prevenir que el hogar entre a un Refugio de Emergencia, Vivienda Temporal, o a un lugar no apto para residencia humana	☐ No (0 points)	☐ Si
Se espera que la vivienda se pierda dentro de:	☐ 0 – 6 días ☐ 7 – 13 días	☐ 14 – 21 días ☐ Mas que 21 días (0 puntos)
Actualmente el ingreso del hogar es \$0	☐ No (0 points)	☐ Si
Ingreso Bruto Anual del hogar	☐ 0-14% del ingreso medio del área (AMI) para el tamaño del hogar ☐ 15-30% del AMI para el tamaño del hogar ☐ Más del 30% del AMI para el tamaño del hogar (0 puntos)	
Disminución inesperada y significativa del ingreso monetario (beneficios no monetarios/empleo) o/y aumento inevitable en gastos no discrecionales (e.g. arriendo, gastos médicos) en los últimos 6 meses	☐ No (0 points)	☐ Si
Cambio mayor en la composición del hogar (e.g muerte de un miembro de la familia, separación/divorcio de la pareja, nacimiento de un hijo) en los últimos seis meses	☐ No (0 points)	☐ Si
Desalojos de Alquiler en los últimos 7 años	☐ 4 o más desalojos de alquiler previos ☐ 2-3 desalojos de alquiler previos ☐ 1 desalojo de alquiler previo ☐ Ningún desalojo de alquiler previo (0 puntos)	
Actualmente en riesgo de perder un subsidio de vivienda de inquilino, o una vivienda en una unidad o edificio subsidiado	☐ No (0 points)	☐ Si
Historial de Situación de Pérdida de Hogar Literal (calle/refugio/vivienda temporal)	☐ 4 or more times or total of at least 12 months in past three years ☐ 2-3 times in past three years ☐ 1 time in past three years ☐ None (0 points)	

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

La cabeza del hogar tiene una condición de discapacidad (salud física, salud mental, abuso de sustancias) que afecta directamente la habilidad para mantener vivienda	☐ No (0 points)	☐ Si
Record criminal por un incendio provocado, tráfico/producción de drogas, o un delito contra una persona o propiedad	☐ No (0 points)	☐ Si
Registro de delincuencia sexual	☐ No (0 points)	☐ Si
Al menos un hijo/a dependiente menor a 6 años	☐ No (0 points)	☐ Si
Padre/Madre soltero(a) con hijo(s) menor(es)	☐ No (0 points)	☐ Si
Tamaño de hogar de 5 o más personas necesitando al menos 3 habitaciones (debido a edad, mezcla de géneros)	☐ No (0 points)	☐ Si
Algún veterano en el hogar prestó servicio en Iraq o Afghanistan	☐ No (0 points)	☐ Si
Veterana femenina	☐ No (0 points)	☐ Si
Puntos totales de aplicante HP (número entero)	_____	
Puntuación del umbral objetivo del beneficiario (número entero)	_____	

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>			
☐ 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	☐ 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?			_____	

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

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): _____