

PERFIL DEL CLIENTE

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — VASH

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 — VASH

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 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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — VASH

☐ Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH) ☐ 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 — VASH

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
--	--

¿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
<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 ☐ Si
	☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — VASH

¿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 ☐ Si
	☐ 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 ☐ Si
	☐ Cliente no sabe ☐ 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		
☐ Seguro de Discapacidad Privado		
☐ Compensación por discapacidad relacionada con servicios de VA		
☐ Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)		
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — VASH

☐ 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) (Alivio General (GR))	
☐ 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	_____	
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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — VASH

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)	
Condición General de Salud	☐ Excelente ☐ Muy Buena ☐ Buena ☐ Aceptable	☐ Pobre ☐ Cliente no sabe ☐ Cliente se rehúsa ☐ Dato no recolectado

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

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

2020 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — VASH

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): _____