

SALIDA DEL PROYECTO

NOMBRE DEL PROYECTO											
NOMBRE DEL CLIENTE											
FECHA DE SALIDA DEL PROYECTO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

Destino (Seleccione uno solo)
<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 un vale de refugio de emergencia, o hogar de acogida financiado por RHY <input type="checkbox"/> Refugio Seguro <input type="checkbox"/> Hogar de crianza temporal <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Prisión, cárcel, o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Centro de cuidado de largo plazo o residencia para mayores <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias <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 transitoria para personas sin hogar (incluyendo personas jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Hogar de Acogida (sin crisis) <input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose con familia, permanencia temporal (e.g., habitación, apartamento o casa) <input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose con amigos, permanencia temporal (e.g., habitación, apartamento o casa) <input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose con familia, permanencia permanente <input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose con amigos, permanencia permanente <input type="checkbox"/> Se trasladó de un proyecto financiado por HOPWA a una Vivienda Permanente de HOPWA <input type="checkbox"/> Se trasladó de un proyecto financiado por HOPWA a una Vivienda Temporal de HOPWA <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 (distinta a Vivienda de Realojamiento Rapido) para personas que antes no tenían hogar <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 <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Entrevista de salida no completada <input type="checkbox"/> Otro: Especifique otro destino: _____ <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — RHY

Estado de Cumplimiento del Proyecto	<input type="checkbox"/> Proyecto completado <input type="checkbox"/> Joven salió temprano voluntariamente <input type="checkbox"/> Joven fue expulsado o involuntariamente retirado del proyecto
--	---

ESTADO DE RHY BCP

Fecha de determinación de estado	___/___/_____	
Joven es apto para recibir servicios de RHY	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Si 'El joven es apto para recibir servicios de RHY' es NO, Razón por la cual estos servicios no son financiados por BCP	<input type="checkbox"/> Fuera del rango de edad <input type="checkbox"/> Bajo la tutela del estado — Reunificación inmediata <input type="checkbox"/> Bajo la tutela del Sistema de Justicia Penal — Reunificación Inmediata <input type="checkbox"/> Otro	
Si 'El joven es apto para recibir servicios de RHY' es SI, Joven 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

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

¿Tiene alguna discapacidad física?

<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 tener una discapacidad física, ¿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"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <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"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
En caso de tener una condición de salud crónica, ¿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 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
En caso de tener un problema de salud mental, ¿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

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — RHY

¿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

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		
<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) (Alivio General (GR))		
<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
--	--	--

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — RHY

EN CASO DE ESTAR CUBIERTO POR UN SEGURO DE SALUD – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUE	
<input type="checkbox"/> MEDICAID	<input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA
<input type="checkbox"/> MEDICARE	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Infantil Estatal	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos
<input type="checkbox"/> Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)	<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud suministrado por el empleador	<input type="checkbox"/> Otro Seguro de Salud (Especifique Fuente): _____

INFORMACIÓN DE JÓVENES ESPECÍFICA PARA RHY

Último grado completado	<input type="checkbox"/> Menos que 5 grado <input type="checkbox"/> Grados 5-6 <input type="checkbox"/> Grados 7-8 <input type="checkbox"/> Grados 9-11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene grados <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos cursos colegiales	<input type="checkbox"/> Grado de Asociado <input type="checkbox"/> Grado de Profesional <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Certificación Vocacional <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
Estado Escolar	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela regularmente <input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela irregularmente <input type="checkbox"/> Graduado de bachiller <input type="checkbox"/> Obtuvo GED <input type="checkbox"/> Dejó la escuela	<input type="checkbox"/> Suspendido <input type="checkbox"/> Expulsado <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
Empleo	<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>Si 'Empleo' es NO, ¿Por qué no está empleado?</i>	<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> No está habilitado para trabajar <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo	
<i>Si 'Empleo' es SI, ¿Qué tipo de empleo tiene?</i>	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal/ esporádico (incluyendo trabajo diurno)	
Estado de Salud General	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
Estado de Salud Dental	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
Estado de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
¿Está embarazada? (Se requiere para mujeres mayores que 18 años)	<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 está embarazada, ¿Cuál es la fecha del parto?	____/____/____	

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — RHY

EXPLORACIÓN COMERCIAL SEXUAL / COMERCIO SEXUAL

¿Alguna vez ha recibido algo a cambio de tener relaciones sexuales con otra persona (e.g. dinero, comida, drogas, o refugio)?	<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>Si 'Alguna vez ha recibido algo a cambio de tener relaciones sexuales con otra persona' es SI</i> ¿En los últimos tres meses?	<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>Si 'Alguna vez ha recibido algo a cambio de tener relaciones sexuales con otra persona' es SI</i> ¿Cuántas veces?	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> 8-11 <input type="checkbox"/> 12 o mas	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<i>Si 'Alguna vez ha recibido algo a cambio de tener relaciones sexuales con otra persona' es SI</i> ¿Alguna vez alguien lo obligó o lo persuadió de tener relaciones sexuales a cambio de algo?	<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>Si 'Alguna vez alguien lo obligó o lo persuadió de tener relaciones sexuales a cambio de algo' es SI</i> ¿En los últimos tres meses?	<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

EXPLORACIÓN/ TRÁFICO LABORAL

¿Alguna vez ha tenido miedo de renunciar o dejar un trabajo por temor a amenazas de lastimarlo o atentar contra usted, su familia o amigos?	<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
¿Alguna vez le han prometido un trabajo cuyo salario o labores hayan sido diferentes a las que usted esperaba?	<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>Si contestó SI a cualquiera de las dos preguntas anteriores,</i> ¿Se sintió forzado, presionado o engañado para continuar en el trabajo?	<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>Si contestó SI a cualquiera de las dos preguntas anteriores,</i> ¿En los últimos tres meses?	<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

ASESORAMIENTO

¿El cliente recibió asesoramiento de salida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<i>Si 'El cliente recibió asesoramiento de salida' es SI,</i> Identifique el tipo de asesoramiento recibido (Seleccione todas las opciones que aplique)	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> De grupo – incluyendo consejería de pares
<i>Si 'El cliente recibió asesoramiento de salida' es SI,</i> Identifique el número de sesiones recibidas a la salida	Número : _____
<i>Si 'El cliente recibió asesoramiento de salida' es SI,</i> Número total de sesiones planeadas en el plan de tratamiento o plan de servicio del joven	Número : _____
<i>Si 'El cliente recibió asesoramiento de salida' es SI,</i> Hay algún plan de comenzar o continuar asesoramiento después de la salida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — RHY

SALIDA SEGURA Y APROPIADA

Destino de salida seguro – determinado por el cliente	<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
Destino de salida seguro – determinado por el trabajador del caso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> El trabajador no sabe	
El cliente tiene conexiones permanentes y positivas con adultos fuera del proyecto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> El trabajador no sabe	
El cliente tiene conexiones permanentes y positivas con pares fuera del proyecto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> El trabajador no sabe	
El cliente tiene conexiones permanentes y positivas con la comunidad fuera del proyecto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> El trabajador no sabe	

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 exit form completely filled out correctly?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____