

SALIDA DEL PROYECTO

NOMBRE DEL PROYECTO	_____										
NOMBRE DEL CLIENTE	_____										
FECHA DE SALIDA DEL PROYECTO	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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 — SSVF

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) (<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	<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): _____	

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — SSVF

INFORMACIÓN ADICIONAL

Conexión con SOAR	<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
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
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)	

OC CUSTOM QUESTIONS – Only for PSH, OPH, and RRH Projects

<p><i>Solo para el personal de entrada de datos (For data entry personnel only)</i></p> <p>Why wasn't this client placed in a permanent housing unit?</p>	<input type="checkbox"/> Unable to meet landlord requirements <input type="checkbox"/> Transferred to another project <input type="checkbox"/> Certificate expired (PSH/OPH) <input type="checkbox"/> Funds not available (RRH) <input type="checkbox"/> Lost contact with the household <input type="checkbox"/> Needs could not be met by project <input type="checkbox"/> Housed outside of project (PSH/OPH only) <input type="checkbox"/> Non-compliance with project <input type="checkbox"/> Data not collected
--	--

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*)

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — SSVF

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): _____