

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — RHY

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> </tr> </table>				—			—				
			—			—						

CALIDAD DEL SSN				
<input type="checkbox"/> SSN completo reportado	<input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial reportado	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado

NOMBRE DEL CLIENTE														N/A	
Apellido(s)															<input type="checkbox"/>
Nombre (s)															<input type="checkbox"/>
Sufijo															<input type="checkbox"/>

CALIDAD DEL NOMBRE				
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado	<input type="checkbox"/> Nombre parcial, nombre de calle, o código de nombre reportado	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	<input type="checkbox"/> 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></td><td></td><td></td><td></td><td>Edad:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Mes</td> <td colspan="3">Día</td> <td colspan="3">Año</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>			—			—											Edad:	Mes			Día			Año									
		—			—											Edad:																		
Mes			Día			Año																												

CALIDAD DE LA FECHA DE NACIMIENTO				
<input type="checkbox"/> Fecha completa reportada	<input type="checkbox"/> Fecha aproximada o parcial reportada	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado

GÉNERO (Seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Maculino	<input type="checkbox"/> Un género que no sea exclusivamente "feminio" o "masculino" <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cuestionándose	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	---	--

RAZA (Seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
---	--	--

ETNIA (Seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> No-Hispanic/Latin(a)(o)(x) <input type="checkbox"/> Hispanic/Latin(a)(o)(x)	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
---	--

VETERANO

<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 INTAKE FORM — RHY

PREGUNTAS OPCIONALES DE OC

Alias	_____	
Pronombre(s)	<input type="checkbox"/> Ella/la <input type="checkbox"/> Él/lo	<input type="checkbox"/> Ellos/los <input type="checkbox"/> Ellas/las <input type="checkbox"/> Otro: _____

INSCRIPCIÓN AL PROYECTO

RELACIÓN CON LA CABEZA DE HOGAR

<input type="checkbox"/> Si mismo (cabeza de hogar) <input type="checkbox"/> Hijo/hija de la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Esposo/a o compañero/a de la cabeza de hogar	<input type="checkbox"/> Otra relación con la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Otro: Miembro sin relación
--	--

NOMBRE DEL PROYECTO	_____										
FECHA DE INICIO EN EL PROYECTO	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

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 (Condición de vivienda del cliente la noche anterior a ingresar a este proyecto)	
SITUACIÓN DE PÉRDIDA DE VIVIENDA	
<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 vale de Refugio de Emergencia, o Hogar de Acogida financiado por RHY <input type="checkbox"/> Refugio Seguro	
SITUACIÓN INSTITUCIONAL	
<input type="checkbox"/> Hogar de crianza temporal <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil	<input type="checkbox"/> Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayores <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias
SITUACIÓN DE VIVIENDA TEMPORAL Y PERMANENTE	
<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 temporal para personas sin hogar (incluyendo personas jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Hogar de Acogida (sin crisis) <input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo <input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia <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 para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)	<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 de vivienda <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — RHY

Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa (Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia)		
<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos que un mes	<input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos que 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos que un año <input type="checkbox"/> Un año o más	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 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 (Indique si la estancia en la institución donde se quedó antes de ingresar a este proyecto fue menor que 90 días)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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 (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)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
---	-----------------------------	-----------------------------

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)
--

<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Tres veces <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> Dos Meses <input type="checkbox"/> Tres Meses <input type="checkbox"/> Cuatro Meses <input type="checkbox"/> Cinco Meses	<input type="checkbox"/> Seis Meses <input type="checkbox"/> Siete Meses <input type="checkbox"/> Ocho Meses <input type="checkbox"/> Nueve Meses <input type="checkbox"/> Diez Meses	<input type="checkbox"/> Once Meses <input type="checkbox"/> Doce Meses <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <input type="checkbox"/> Client doesn't know <input type="checkbox"/> Client refused <input type="checkbox"/> Data not collected
---	---	--

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 es fugitivo	<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 INTAKE FORM — RHY

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

¿Tiene una condición de discapacidad?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

¿Tiene alguna discapacidad física?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 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?	<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"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si	<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"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 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?	<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"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> 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?	<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 algún problema de abuso de sustancias?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Abuso de Ambos, Drogas y de Alcohol	
<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
------------------------------------	--	--

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — RHY

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): _____	

INFORMACIÓN DE JÓVENES ESPECÍFICA PARA RHY

Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Cuestionándose/No está seguro <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
---------------------------	---	---

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — 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,</i> ¿Por qué no está empleado?	<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,</i> ¿Qué tipo de empleo tiene?	<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?	____/____/____	
Anteriormente bajo la tutela de la Agencia de Bienestar de Menores o Cuidado de Crianza	<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 'Anteriormente bajo la tutela de la Agencia de Bienestar de Menores o Cuidado de Crianza' es SI, Número de Años	<input type="checkbox"/> Menos que 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 3 a 5 o más años	

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — RHY

Si 'Menos que 1 año' para el Número de Años, Número de Meses	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Anteriormente bajo la tutela del Sistema de Justicia Penal Juvenil	<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 'Anteriormente bajo la tutela del Sistema de Justicia Penal Juvenil' es Si, Número de Años	<input type="checkbox"/> Menos que 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 3 a 5 o más años		
Si 'Menos que 1 año' para el Número de Años, Número de Meses	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11

ASUNTOS CRÍTICOS FAMILIARES

Selecciones todos los asuntos críticos que cualquiera de los miembros de la familia ha sufrido	<input type="checkbox"/> Desempleo – Miembro de Familia <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental – Miembro de Familia <input type="checkbox"/> Discapacidad Física – Miembro de Familia <input type="checkbox"/> Alcohol o Abuso de Sustancias – Miembro de Familia <input type="checkbox"/> Ingreso Insuficiente para Sostener al Joven – Miembro de Familia <input type="checkbox"/> Padre o Madre del Joven Encarcelado
---	---

FUENTE DE REMISIÓN

Seleccione solo una opción para indicar el individuo u organización a través de la cual el cliente fue remitido a este proyecto	<input type="checkbox"/> Autoreferido <input type="checkbox"/> Individual: Madre o Padre/Guardian/Familiar/Amigo/Padre o Madre de crianza/Otro individuo <input type="checkbox"/> Proyecto de Alcance para Jóvenes de la Calle <input type="checkbox"/> Refugio Temporal <input type="checkbox"/> Proyecto Residencial <input type="checkbox"/> Línea Directa	<input type="checkbox"/> Agencia de Bienestar de Menores/CPS <input type="checkbox"/> Justicia Juvenil <input type="checkbox"/> Cuerpos Policiales/ Policia <input type="checkbox"/> Hospital Mental <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otra Organización <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--	---

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 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>
--

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — RHY

<input type="checkbox"/> Aliso Viejo	<input type="checkbox"/> Huntington Beach	<input type="checkbox"/> Newport Beach	<input type="checkbox"/> Westminster
<input type="checkbox"/> Anaheim	<input type="checkbox"/> Irvine	<input type="checkbox"/> Orange	<input type="checkbox"/> Yorba Linda
<input type="checkbox"/> Brea	<input type="checkbox"/> La Habra	<input type="checkbox"/> Placentia	<input type="checkbox"/> Area no incorporada de Orange County
<input type="checkbox"/> Buena Park	<input type="checkbox"/> La Palma	<input type="checkbox"/> Rancho Santa Margarita	<input type="checkbox"/> Afuera de Orange County, pero en California
<input type="checkbox"/> Costa Mesa	<input type="checkbox"/> Laguna Beach	<input type="checkbox"/> San Clemente	<input type="checkbox"/> Afuera de California
<input type="checkbox"/> Cypress	<input type="checkbox"/> Laguna Hills	<input type="checkbox"/> San Juan Capistrano	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Dana Point	<input type="checkbox"/> Laguna Niguel	<input type="checkbox"/> Santa Ana	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> El Modena	<input type="checkbox"/> Laguna Woods	<input type="checkbox"/> Seal Beach	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Fountain Valley	<input type="checkbox"/> Lake Forest	<input type="checkbox"/> Stanton	
<input type="checkbox"/> Fullerton	<input type="checkbox"/> Los Alamitos	<input type="checkbox"/> Tustin	
<input type="checkbox"/> Garden Grove	<input type="checkbox"/> Mission Viejo	<input type="checkbox"/> Villa Park	

Número de Teléfono (Opcional)	
--------------------------------------	--

Dirección de Correo Electrónico (Opcional)	
---	--

¿En qué estado nació usted?

<input type="checkbox"/> AL - Alabama	<input type="checkbox"/> GA - Georgia	<input type="checkbox"/> MA - Massachusetts	<input type="checkbox"/> NM - New Mexico	<input type="checkbox"/> TN - Tennessee
<input type="checkbox"/> AL- Alaska	<input type="checkbox"/> HI - Hawaii	<input type="checkbox"/> MI - Michigan	<input type="checkbox"/> NY - New York	<input type="checkbox"/> TX - Texas
<input type="checkbox"/> AZ - Arizona	<input type="checkbox"/> ID - Idaho	<input type="checkbox"/> MN - Minnesota	<input type="checkbox"/> NC - North Carolina	<input type="checkbox"/> UT - Utah
<input type="checkbox"/> AR- Arkansas	<input type="checkbox"/> IL - Illinois	<input type="checkbox"/> MS - Mississippi	<input type="checkbox"/> ND - North Dakota	<input type="checkbox"/> VT - Vermont
<input type="checkbox"/> CA - California	<input type="checkbox"/> IN - Indiana	<input type="checkbox"/> MO - Missouri	<input type="checkbox"/> OH - Ohio	<input type="checkbox"/> VA - Virginia
<input type="checkbox"/> CO - Colorado	<input type="checkbox"/> IA - Iowa	<input type="checkbox"/> MT - Montana	<input type="checkbox"/> OK - Oklahoma	<input type="checkbox"/> WA - Washington
<input type="checkbox"/> CT- Connecticut	<input type="checkbox"/> KS - Kansas	<input type="checkbox"/> NE - Nebraska	<input type="checkbox"/> OR - Oregon	<input type="checkbox"/> WV - West Virginia
<input type="checkbox"/> DE - Delaware	<input type="checkbox"/> KY - Kentucky	<input type="checkbox"/> NV - Nevada	<input type="checkbox"/> PA - Pennsylvania	<input type="checkbox"/> WI - Wisconsin
<input type="checkbox"/> DC - District of Columbia	<input type="checkbox"/> LA - Louisiana	<input type="checkbox"/> NH - New Hampshire	<input type="checkbox"/> RI - Rhode Island	<input type="checkbox"/> WY - Wyoming
<input type="checkbox"/> FL - Florida	<input type="checkbox"/> ME - Maine	<input type="checkbox"/> NJ - New Jersey	<input type="checkbox"/> SC - South Carolina	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> MD - Maryland		<input type="checkbox"/> SD - South Dakota	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
				<input type="checkbox"/> Otro

<i>En caso de contestar 'Otro' en estado donde nació</i>	
¿En qué país nació usted?	

Situación de Empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
	<input type="checkbox"/> Temporal/ esporádico	<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____