

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

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>Edad:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Mes</td> <td colspan="3">Día</td> <td colspan="3">Año</td> <td colspan="6"></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 — 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

<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
--	--

Teatro de Operaciones: Guerra de Corea

<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
--	--

Teatro de Operaciones: Guerra de Vietnam

<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
--	--

Teatro de Operaciones: Guerra del Golfo Pérsico

<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
--	--

Teatro de Operaciones: Guerra de Afganistán

<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
--	--

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

<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
--	--

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

<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
--	--

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

<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
--	--

Rama Militar

<input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Cuerpo de Marines <input type="checkbox"/> Guardia Costera	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
---	--	--

Tipo de Licencia

<input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> General bajo condiciones honorables <input type="checkbox"/> Otro diferente a honorable (OTH)	<input type="checkbox"/> Mala conducta <input type="checkbox"/> Deshonroso <input type="checkbox"/> No categorizado	<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 — SSVF

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>										
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" 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 *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	
<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 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

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	
<input type="checkbox"/> Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
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"/> Un mes o más, pero menos que 90 días	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> De dos a seis noches	<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos que un año	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos que un mes	<input type="checkbox"/> Un año o más	<input type="checkbox"/> 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 (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"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Cuatro veces o más	<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"/> Seis Meses	<input type="checkbox"/> Once Meses
<input type="checkbox"/> Dos Meses	<input type="checkbox"/> Siete Meses	<input type="checkbox"/> Doce Meses
<input type="checkbox"/> Tres Meses	<input type="checkbox"/> Ocho Meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses
<input type="checkbox"/> Cuatro Meses	<input type="checkbox"/> Nueve Meses	<input type="checkbox"/> Client doesn't know
<input type="checkbox"/> Cinco Meses	<input type="checkbox"/> Diez Meses	<input type="checkbox"/> Client refused
		<input type="checkbox"/> 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 (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 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 (Indique si la estancia en la vivienda temporal o permanente donde se quedó antes de ingresar a este proyecto fue menor que 7 noches)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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 (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
---	-----------------------------	-----------------------------

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 (Fecha aproximada en la que el actual episodio de pérdida de vivienda inició)
____/____/____

FY 2022 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)		
<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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

ÚLTIMA DIRECCIÓN PERMANENTE

Dirección Previa		Ciudad Previa	
Estado Previo		Código Postal	
Calidad de la dirección	<input type="checkbox"/> Dirección completa reportada	<input type="checkbox"/> Dirección incompleta o estimada	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

¿Tiene una condición de discapacidad?

<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
--	--

¿Es sobreviviente de violencia doméstica o de pareja?

<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 ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja

¿Cuándo ocurrió esta experiencia?	<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) <input type="checkbox"/> Hace seis a doce meses (excluyendo exactamente un año) <input type="checkbox"/> Hace más de un año	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
¿Esta actualmente 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

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	

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

<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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <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 ADICIONAL

Número de la Estación VAMC	_____	
Conexión con SOAR	<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	
Ingreso del hogar como porcentaje del Ingreso Medio del Área (AMI)	<input type="checkbox"/> Menos que 30% <input type="checkbox"/> De 30% a 50% <input type="checkbox"/> Mayor que 50%	

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

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
Si 'Empleo' es NO, ¿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	
Si 'Empleo' es SI, ¿Qué tipo de empleo tiene?	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
Ingreso del hogar actuales	<input type="checkbox"/> \$0 (i.e., no está empleado, no recibe beneficios en efectivo, no tiene otros ingresos actuales) <input type="checkbox"/> 0-14% del ingreso medio del área (AMI) para el tamaño del hogar <input type="checkbox"/> 15-30% del AMI para el tamaño del hogar <input type="checkbox"/> Más del 30% del AMI para el tamaño del hogar (0 puntos)	
Se espera que la vivienda se pierda dentro de:	<input type="checkbox"/> 1 – 6 días <input type="checkbox"/> 7 – 13 días	<input type="checkbox"/> 14 – 21 días <input type="checkbox"/> Mas que 21 días (0 puntos)
Historial de falta de vivienda literal (calle / refugio / vivienda de transición) (cualquier adulto)	<input type="checkbox"/> El episodio más reciente ocurrió hace más de un año <input type="checkbox"/> El episodio más reciente ocurrió en el último año <input type="checkbox"/> Ningún	
Jefe/fa de hogar no es un arrendatario actual	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
Jefe/fa de hogar nunca ha sido arrendatario	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
Actualmente en riesgo de perder un subsidio de vivienda de inquilino, o una vivienda en una unidad o edificio subsidiado (hogar)	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
Desalojos de alquiler en los últimos 7 años (cualquier adulto)	<input type="checkbox"/> 2 o más desalojos de alquiler anteriores <input type="checkbox"/> 1 desalojo de alquiler previo <input type="checkbox"/> Sin desalojos de alquiler previos (0 puntos)	
Record criminal por un incendio provocado, tráfico/producción de drogas, o un delito contra una persona o propiedad	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
Encarcelado como adulto (cualquier adulto en el hogar)	<input type="checkbox"/> Encarcelado dos o más veces	

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

	<input type="checkbox"/> Encarcelado una vez <input type="checkbox"/> No	
Liberado de la cárcel o prisión dentro de los últimos seis meses después de un encarcelamiento de 90 días o más (adultos)	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
Registro de delincuencia sexual (cualquier miembro del hogar)	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
La cabeza del hogar tiene una condición de discapacidad (salud física, salud mental, abuso de sustancias) que afecta directamente la habilidad para mantener vivienda	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
Actualmente embarazada (cualquier miembro del hogar)	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
Padre/Madre soltero(a) con hijo(s) menor(es)	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
Al menos un hijo/a dependiente (6 años o menor), o un hijo que requiere cuidados importantes	<input type="checkbox"/> El niño más joven tiene entre 1-6 años y / o uno o más niños (cualquier edad) <input type="checkbox"/> Hijo/a menor tiene menos de 1 año <input type="checkbox"/> No	
Tamaño de hogar de 5 o más personas necesitando al menos 3 habitaciones (debido a edad, mezcla de géneros)	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> Si
El hogar incluye uno o más miembros de una población sobrerrepresentada en el sistema de personas sin hogar en comparación con la población general.	<input type="checkbox"/> No (0 puntos)	<input type="checkbox"/> 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>			
<input type="checkbox"/> Aliso Viejo <input type="checkbox"/> Anaheim <input type="checkbox"/> Brea <input type="checkbox"/> Buena Park <input type="checkbox"/> Costa Mesa <input type="checkbox"/> Cypress <input type="checkbox"/> Dana Point <input type="checkbox"/> El Modena <input type="checkbox"/> Fountain Valley <input type="checkbox"/> Fullerton <input type="checkbox"/> Garden Grove	<input type="checkbox"/> Huntington Beach <input type="checkbox"/> Irvine <input type="checkbox"/> La Habra <input type="checkbox"/> La Palma <input type="checkbox"/> Laguna Beach <input type="checkbox"/> Laguna Hills <input type="checkbox"/> Laguna Niguel <input type="checkbox"/> Laguna Woods <input type="checkbox"/> Lake Forest <input type="checkbox"/> Los Alamitos <input type="checkbox"/> Mission Viejo	<input type="checkbox"/> Newport Beach <input type="checkbox"/> Orange <input type="checkbox"/> Placentia <input type="checkbox"/> Rancho Santa Margarita <input type="checkbox"/> San Clemente <input type="checkbox"/> San Juan Capistrano <input type="checkbox"/> Santa Ana <input type="checkbox"/> Seal Beach <input type="checkbox"/> Stanton <input type="checkbox"/> Tustin <input type="checkbox"/> Villa Park	<input type="checkbox"/> Westminster <input type="checkbox"/> Yorba Linda <input type="checkbox"/> Area no incorporada de Orange County <input type="checkbox"/> Afuera de Orange County, pero en California <input type="checkbox"/> Afuera de California <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
Número de Teléfono (Opcional)		_____	
Dirección de Correo Electrónico (Opcional)		_____	
¿En qué estado nació usted?			

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — SSVF

<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

En caso de contestar 'Otro' en estado donde nació

¿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): _____