

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 — HOPWA

Evaluación de Vivienda a la Salida (<i>Solo para proyectos de Prevención de Pérdida de Hogar</i>)	
<input type="checkbox"/> Pudo mantener la vivienda que tenía al momento de entrar al proyecto <input type="checkbox"/> Se trasladó a una nueva unidad de vivienda <input type="checkbox"/> Se trasladó con familia/amigos de forma temporal <input type="checkbox"/> Se trasladó con familia/amigos de forma permanente <input type="checkbox"/> Se trasladó a un centro o programa residencial temporal	<input type="checkbox"/> Cliente se quedó sin hogar – se traslada a un albergue u otro lugar no apto para residencia humana <input type="checkbox"/> Cliente fue a la cárcel/prisión <input type="checkbox"/> Cliente falleció <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<i>Si pudo mantener la vivienda que tenía al momento de entrar al proyecto para “Evaluación de Vivienda a la Salida”,</i> Información de Subsidio	<input type="checkbox"/> Sin subsidio <input type="checkbox"/> Con el subsidio que tenía al momento de entrada al proyecto <input type="checkbox"/> Con un subsidio en curso adquirido desde la entrada al proyecto <input type="checkbox"/> Solamente con asistencia financiera aparte de subsidio
<i>Si se trasladó a una nueva unidad de vivienda para ‘Evaluación de Vivienda a la Salida’,</i> Información de Subsidio	<input type="checkbox"/> Sin subsidio en curso <input type="checkbox"/> Con subsidio en curso

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
<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"/> 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
<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

¿Ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo?

<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
--	--

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — HOPWA

<p><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?</p>	<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"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> Abuso de Ambos, Drogas y de Alcohol	<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
<p><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?</p>	<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) (<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): _____	

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — HOPWA

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	Si no está cubierto por MEDICAID, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> MEDICARE	Si no está cubierto por MEDICARE, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Infantil Estatal	Si no está cubierto por el Seguro de Salud Infantil Estatal, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)	Si no está cubierto por los Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA), RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud suministrado por el empleador	Si no está cubierto por el Seguro de Salud suministrado por el empleador, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA	Si no está cubierto por el Seguro obtenido a través de COBRA, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado	Si no está cubierto por el Seguro de Salud Privado, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos	Si no está cubierto por el Seguro de Salud Estatal para Adultos, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena	Si no está cubierto por el Programa de Servicio de Salud Indígena, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — HOPWA

	<input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Otro Seguro de Salud	(Especifique Fuente): _____	

Si usted ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo

ASISTENCIA MÉDICA

¿Está recibiendo Asistencia Médica Pública para VIH/SIDA?	<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 NO ESTÁ RECIBIENDO ASISTENCIA MÉDICA PÚBLICA PARA VIH/SIDA – RAZÓN		
<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

¿Está recibiendo el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?	<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 NO ESTÁ RECIBIENDO EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS CONTRA EL SIDA (ADAP) – RAZÓN		
<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

¿Está recibiendo asistencia fundido por Ryan White Medical or Dental?	<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
IF “NO” TO RECEIVING AIDS DRUG ASSISTANCE PROGRAM (ADAP) – REASON		
<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

T-CELL (CD4) AND VIRAL LOAD

Cuenta T-Cell Disponible	<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 la cuenta T-Cell está disponible, Cuenta T-Cell (Número entre 0-1500)	Número: _____	
Si un número fue suministrado en la Cuenta T-Cell, ¿Cómo fue obtenido el dato?	<input type="checkbox"/> Reporte Médico <input type="checkbox"/> Reporte del Cliente <input type="checkbox"/> Otro	
Carga Viral Disponible	<input type="checkbox"/> No está disponible <input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Indetectable	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
Si la Carga Viral está disponible,	Número _____	

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT EXIT FORM — HOPWA

Carga Viral (Número entre 0-999999)	
Si un número fue suministrado en la Carga Viral, ¿Cómo fue obtenido el dato?	<input type="checkbox"/> Reporte Médico <input type="checkbox"/> Reporte del Cliente <input type="checkbox"/> Otro

ANTI ELIMINACIÓN PRESCRITO

¿Se le han recetado medicamentos antirretrovirales al participante?	<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
---	--	--

OC CUSTOM QUESTIONS – Solo para proyectos de PSH, OPH y RRH

<p><i>Solo para el personal de entrada de datos (For data entry personnel only)</i></p> <p>¿Por qué este cliente no estaba alojado en una unidad de vivienda permanente?</p>	<input type="checkbox"/> Incapaz de cumplir con los requisitos del propietario <input type="checkbox"/> Transferido a otro proyecto <input type="checkbox"/> Certificado caducado (PSH / OPH) <input type="checkbox"/> Fondos no disponibles (RRH) <input type="checkbox"/> Pérdida de contacto con el hogar <input type="checkbox"/> El proyecto no pudo abordar las necesidades <input type="checkbox"/> Ubicado fuera del proyecto (PSH / OPH only) <input type="checkbox"/> Incumplimiento del proyecto <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 exit form completely filled out correctly?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____