

## ACTUALIZACIÓN ANUAL O DE ESTADO

|                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOMBRE DEL PROYECTO           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DEL CLIENTE            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA DEL ESTADO DEL 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> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

**¿Tiene alguna discapacidad física?**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si   |  | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><input type="checkbox"/> Dato no recolectado |
| En caso de tener una discapacidad física,<br><b>¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?</b> | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><input type="checkbox"/> Dato no recolectado |

**¿Tiene alguna discapacidad de desarrollo?**

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

**¿Tiene alguna condición de salud crónica?**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si  |  | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><input type="checkbox"/> Dato no recolectado |
| En caso de tener una condición de salud crónica,<br><b>¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?</b> | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><input type="checkbox"/> Dato no recolectado |

**¿Ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo?**

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

**¿Tiene un problema de salud mental?**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si   |  | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><input type="checkbox"/> Dato no recolectado |
| En caso de tener un problema de salud mental,<br><b>¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?</b> | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><input type="checkbox"/> Dato no recolectado |

**¿Tiene algún problema de abuso de sustancias?**

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

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH STATUS UPDATE/ANNUAL ASSESSMENT FORM — PATH

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><i>En caso de tener un problema de abuso de sustancias,</i><br/> <b>¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?</b></p> | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><input type="checkbox"/> Dato no recolectado |
|---|--|--|

**¿Es sobreviviente de violencia doméstica o de pareja?**

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

*En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja*

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>¿Esta actualmente huyendo?</b></p> | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><input type="checkbox"/> Dato no recolectado |
|--|--|--|

## INGRESOS MENSUALES Y FUENTES DE INGRESO

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>Ingreso de cualquier fuente</b></p> | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><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

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>Recibe beneficios no monetarios</b></p> | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe<br><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa<br><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 STATUS UPDATE/ANNUAL ASSESSMENT FORM — PATH**

**SEGURO DE SALUD**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Cubierto por un seguro de salud</b>  | <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 |
| <b>EN CASO DE ESTAR CUBIERTO POR UN SEGURO DE SALUD – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUE</b> |  |  |
| <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<br>(Especifique Fuente): _____ |  |

**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 |
|---|---|----------|
| <b>Was the hard copy of the Status Update/Annual Assessment form completely filled out correctly?</b> | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Yes |          |

Staff Name (verifying completion of Data Entry): \_\_\_\_\_