

## ACTUALIZACIÓN ANUAL O DE ESTADO

NOMBRE DEL PROYECTO											
NOMBRE DEL CLIENTE											
FECHA DEL ESTADO DEL PROYECTO	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			—			—				
		—			—						

### 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

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

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

## INGRESOS MENSUALES Y FUENTES DE INGRESO

<b>Ingreso de cualquier fuente</b>	<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
<b>EN CASO DE RECIBIR INGRESOS DE CUALQUIER FUENTE – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUEN</b>		
<b>Fuente de Ingreso (Marque todas las que apliquen)</b>	<b>Cantidad Mensual</b>	
<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

<b>Recibe beneficios no monetarios</b>	<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
<b>EN CASO DE RECIBIR INGRESOS NO MONETARIOS – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUE</b>		
<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

<b>Cubierto por un seguro de salud</b>	<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
<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 (Especifique Fuente): _____	

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

**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 <input type="checkbox"/> Yes	

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