

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

## PERFIL DEL CLIENTE

<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)</b>		<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> </tr> </table>													-			-																	
			-			-																													
<b>CALIDAD DEL SSN</b>																																			
<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																															
<b>NOMBRE DEL CLIENTE</b>											<b>N/A</b>																								
<b>Apellido(s)</b>												<input type="checkbox"/>																							
<b>Nombre (s)</b>												<input type="checkbox"/>																							
<b>Sufijo</b>											<input type="checkbox"/>																								
<b>CALIDAD DEL NOMBRE</b>																																			
<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																															
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<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><b>Edad:</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Mes</td> <td colspan="3">Día</td> <td colspan="3">Año</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>												-			-						<b>Edad:</b>	Mes			Día			Año					
		-			-						<b>Edad:</b>																								
Mes			Día			Año																													
<b>CALIDAD DE LA FECHA DE NACIMIENTO</b>																																			
<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																															
<b>GÉNERO</b> (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																																	
<b>RAZA</b> (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																																	
<b>ETNIA</b> (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																																		
<b>VETERANO</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																																		

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<b>Si 'Sí' al estado de veterano</b>		
Año de ingreso al servicio militar (año)	_____	
Año separado del servicio militar (año)	_____	
<b>Teatro de Operaciones: Segunda Guerra Mundial</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<b>Teatro de Operaciones: Guerra Coreana</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<b>Teatro de Operaciones: Guerra de Vietnam</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<b>Teatro de Operaciones: Guerra del Golfo Pérsico</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<b>Teatro de Operaciones: Afghanistan</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<b>Teatro de Operaciones: Irak (Operación Libertad Iraquí)</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<b>Teatro de Operaciones: Irak (Operación Nuevo Amanecer)</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<b>Teatro de Operaciones: Otras operaciones de mantenimiento de la paz o intervenciones militares (como Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<b>Rama de las fuerzas armadas</b>		
<input type="checkbox"/> Army <input type="checkbox"/> Air Force <input type="checkbox"/> Navy	<input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Coast Guard	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<b>Estado de alta</b>		
<input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> General en condiciones honrosas <input type="checkbox"/> Aparte de condiciones honorables (OTH)	<input type="checkbox"/> Mala conducta <input type="checkbox"/> Deshonroso <input type="checkbox"/> No caracterizado	<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 — GENERAL & CoC/ESG

## PREGUNTAS OPCIONALES DE OC

<b>Alias</b>	_____	
<b>Pronombre(s)</b>	<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"/> Espos/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
---	--

<b>NOMBRE DEL PROYECTO</b>	_____										
<b>FECHA DE INICIO EN EL PROYECTO</b>	<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>										
<b>FECHA DE ALOJAMIENTO EN VIVIENDA</b> <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 de Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle (*Street Outreach, Emergency Shelter, or Safe Haven*)

<b>Tipo de Residencia 3.917A</b> <i>(Condición de vivienda del cliente la noche anterior a ingresar a este proyecto)</i>	
<b>SITUACIÓN DE PÉRDIDA DE VIVIENDA</b>	
<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	
<b>SITUACIÓN INSTITUCIONAL</b>	
<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
<b>SITUACIÓN DE VIVIENDA TEMPORAL Y PERMANENTE</b>	
<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"/> 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

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<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"/> 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
--	--

**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

<b>Duración de Estancia menor que 90 días</b> <i>(Indique si la estancia en la institución donde se quedó antes de ingresar a este proyecto fue menor que 90 días)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
---	-----------------------------	-----------------------------

Si 'Duración de Estancia menor que 90 días' es SI

<b>La noche anterior a la estancia estuvo en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro</b> <i>(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)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
--	-----------------------------	-----------------------------

<b>Fecha aproximada en la que la situación de pérdida de vivienda inició</b> <i>(Fecha aproximada en la que el <b>actual</b> episodio de pérdida de vivienda inició)</i>
---

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Cuántas veces ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy</b> <i>(Independientemente de dónde se quedó anoche)</i>
--

<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
--	--	--

<b>Número total de meses que ha estado sin vivienda en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años</b>
--

<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
---	---	--

**SITUACIÓN DE VIVIENDA PREVIA para proyectos diferentes a Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle**

<b>Tipo de Residencia 3.917B</b> <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**

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<input type="checkbox"/> Hogar de crianza temporal	<input type="checkbox"/> Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayores
<input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil	<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"/> Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de RRH, o subsidio equivalente
<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin un vale de Refugio de Emergencia	<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con vale de Programa de Elección de Vivienda HCV
<input type="checkbox"/> Vivienda temporal para personas sin hogar (incluyendo personas jóvenes sin hogar)	<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente en una unidad pública de vivienda
<input type="checkbox"/> Hogar de Acogida (sin crisis)	<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda
<input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo	<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio de vivienda
<input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda
<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP	<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda
<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
	<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"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Cinco Meses	<input type="checkbox"/> Diez Meses	<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)

No

Si

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

Si el Tipo de Residencia del Cliente es cualquiera de las opciones de la Situación de Vivienda Temporal y Permanente

<b>Duración de Estancia menor que 7 noches</b> (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

<b>La noche anterior a la estancia estuvo en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro</b> (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

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

<b>Cuántas veces ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy</b> (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

<b>Número total de meses que ha estado sin vivienda en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años</b>		
<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"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Cinco Meses	<input type="checkbox"/> Diez Meses	<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"/> 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

En caso de tener una discapacidad física,  
¿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"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado

¿Tiene alguna discapacidad de desarrollo?

<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
--

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Si	<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> <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 <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"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si	<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> <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 <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> <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 <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"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<i>En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja</i>	
<b>¿Cuándo ocurrió esta experiencia?</b>	<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
<b>¿Esta actualmente huyendo?</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

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

## 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
<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

¿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
<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

¿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
<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 PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

## BIENESTAR (Solo para la cabeza de hogar en proyectos de PSH financiados por el CoC)

<b>Cliente percibe que su vida tiene valor.</b>	
<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/> Algo en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<b>Cliente percibe que tiene el apoyo de otros que escucharán sus problemas.</b>	
<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/> Algo en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<b>Cliente percibe que tiene una tendencia a recuperarse después de tiempos difíciles.</b>	
<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/> Algo en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<b>La frecuencia con que el cliente se siente nervioso, tenso, preocupado, frustrado o asustado.</b>	
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Al menos todos los días
<input type="checkbox"/> Una vez al mes	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Varias veces al mes	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado

## ÚLTIMA DIRECCIÓN PERMANENTE

<b>Ciudad Previa</b> <i>La última ciudad en la que el cliente tuvo vivienda Permanente antes de entrar a este proyecto.</i>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/>
--	--

## PREGUNTAS PERSONALIZADAS DE OC

<b>¿En qué ciudad se encontraba inmediatamente antes de entrar a este proyecto?</b> <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"/> 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	
<b>Número de Teléfono (Opcional)</b>			
<b>Dirección de Correo Electrónico (Opcional)</b>			

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

¿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
En caso de contestar 'Otro' en estado donde nació, ¿En qué país nació usted?		_____		
<b>Situación de Empleo</b>	<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	

## PREGUNTAS DE ENTRADA DE CFCOC

¿Este cliente está recibiendo servicios financiados por <i>Children and Families Commission Orange County</i> ?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<b>Fecha inicial de Cama Nocturna de CFCOC</b> <i>La primera cama nocturna del cliente financiada por CFCOC</i>	___/___/_____
<b>Fecha final de Cama Nocturna de CFCOC</b> <i>La última cama nocturna del cliente financiada por CFCOC</i>	___/___/_____

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	

# FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

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