

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

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>Edad:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="5"></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																																		
<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																																		
<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																																		
<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 — HOPWA

Si 'Sí' al estado de veterano		
Año de ingreso al servicio militar (año)	_____	
Año separado del servicio militar (año)	_____	
Teatro de Operaciones: Segunda Guerra Mundial		
<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	
Teatro de Operaciones: Guerra Coreana		
<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	
Teatro de Operaciones: Guerra de Vietnam		
<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	
Teatro de Operaciones: Guerra del Golfo Pérsico		
<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	
Teatro de Operaciones: Afghanistan		
<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	
Teatro de Operaciones: Irak (Operación Libertad Iraquí)		
<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	
Teatro de Operaciones: Irak (Operación Nuevo Amanecer)		
<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	
Teatro de Operaciones: Otras operaciones de mantenimiento de la paz o intervenciones militares (como Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)		
<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	
Rama de las fuerzas armadas		
<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
Estado de alta		
<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 — HOPWA

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 de Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle (*Street Outreach, Emergency Shelter, or Safe Haven*)

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 VASH	<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 <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

<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 <i>(Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia)</i>		
<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

Duración de Estancia menor que 90 días <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

La noche anterior a la estancia estuvo en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro <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
--	-----------------------------	-----------------------------

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

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

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"/> 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

Tipo de Residencia 3.917B <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

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

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 VASH <input type="checkbox"/> Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)	<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 <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 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"/> 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"/> Client doesn't know <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
--	-----------------------------	-----------------------------

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

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 <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
--	-----------------------------	-----------------------------

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

____/____/____

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

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <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 |

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

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

<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
<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

¿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
<i>En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja</i>		
¿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
<input type="checkbox"/> Ingreso Ganado		
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo		

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

<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): _____	

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

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

	Si no está cubierto por los Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA), RAZÓN	
<input type="checkbox"/> Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)	<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
	Si no está cubierto por el Seguro de Salud suministrado por el empleador, RAZÓN	
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud suministrado por el empleador	<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
	Si no está cubierto por el Seguro obtenido a través de COBRA, RAZÓN	
<input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA	<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
	Si no está cubierto por el Seguro de Salud Privado, RAZÓN	
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado	<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
	Si no está cubierto por el Seguro de Salud Estatal para Adultos, RAZÓN	
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos	<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
	Si no está cubierto por el Programa de Servicio de Salud Indígena, RAZÓN	
<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena	<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"/> 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

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

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 el Programa de Asistencia Médica o Dental fundado por Ryan White?	<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 RYAN WHITE-FUNDED MEDICAL OR DENTAL ASSISTANCE – 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, Carga Viral (Número entre 0-999999)	Número _____	
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	

PRESCRIBED ANTI-RETROVIRAL

¿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
--	--	--

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>
--

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

<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	
Número de Teléfono (Opcional)			
Dirección de Correo Electrónico (Opcional)			

¿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
<i>En caso de contestar 'Otro' en estado donde nació</i>				
¿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	

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"/> Yes
Fecha inicial de Cama Nocturna de CFCOC <i>La primera cama nocturna del cliente financiada por CFCOC</i>	___/___/___
Fecha final de Cama Nocturna de CFCOC <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*)

FY 2022 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — HOPWA

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): _____