

Evaluación de reserva de cama familiar

Nombre del cliente: _____ Identificación HMIS: _____

Nombre del personal: _____ Punto de acceso: _____

Información de acceso

Fecha de evaluación (MM/DD/YYYY): ____/____/____

Ubicación de la evaluación (ciudad): _____

Tipo de evaluación: Teléfono Virtual En persona

Nivel de evaluación: Evaluación de necesidades de crisis Evaluación de necesidades de vivienda

1. ¿En qué Área de Planificación de Servicios (SPA, por sus siglas en inglés) está

dispuesta a refugiarse su familia? ___ SPA del norte ___ SPA del sur

En caso de elegir el SPA del sur: 1a. ¿Su familia está dispuesta a refugiarse en San Clemente?
___ Sí ___ No

2. ¿Alguien en su hogar ha sido alguna vez condenado por un delito grave? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo: 3a. ¿hace cuánto ocurrió este delito grave?

___ Hace 1-11 meses

___ Hace 1- 5 años

___ Hace más de 5 años

2b. ¿Este delito grave se considera violento? ___ Sí ___ No

3. ¿Algún adulto en el hogar ha cometido un delito sexual registrado? ___ Sí ___ No

4. ¿Alguien de la familia requiere adaptaciones especiales? ___ Sí ___ No

4a. De ser afirmativo, describa:



5. ¿Su familia incluye actualmente a un niño de 0-5 años? Sí No
6. ¿Alguien de la familia está embarazada actualmente? Sí No
7. ¿La familia desea ir a un refugio comunitario? Sí No
8. ¿La familia desea ir a un refugio compartido? Sí No
9. ¿Alguien en este hogar tiene actualmente una orden de arresto pendiente? Sí No
10. ¿Alguno de los niños que se quedará en el refugio con usted tiene una discapacidad? Sí No
11. ¿Tiene, al menos, el 50% de la custodia de, al menos, un niño que vivirá con usted? Sí No
12. ¿Tiene la custodia completa de, al menos, un niño que vivirá con usted? Sí No
13. ¿La vivienda incluye alguno de los siguientes?
- Mascotas: De ser afirmativo, ¿cuántas? _____
- Animales de servicio: De ser afirmativo, ¿cuántos? _____
- Animales de apoyo emocional: De ser afirmativo, ¿cuántos? _____
- 13a. Si la vivienda incluye animales, ¿los animales de la vivienda tienen la documentación y las vacunas correspondientes?
- Sí No
14. ¿Necesita una unidad accesible para la movilidad reducida debido a una discapacidad física? Sí No
15. ¿Necesita una unidad accesible para los sentidos reducidos debido a la pérdida de audición o visión? Sí No

****Recordatorio: Después de ingresar la Evaluación de Reserva de Cama en el HMIS, asegúrese de que la familia sea derivada a la cola de Reserva de Cama y que se ingrese el servicio "Necesita asistencia para la reserva de cama". ****

Si tiene preguntas o necesita asistencia técnica, contacte a Family Solutions Collaborative por correo electrónico mediante FamilyCES@oc-fsc.org.