

# FY 2024 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> </tr> </table>				—			—				
			—			—						

**CALIDAD DEL SSN - Solo se requiere recopilar los últimos cuatro dígitos del SSN, aunque no está prohibido recopilar los nueve dígitos para registros de nuevos clientes.**

<input type="checkbox"/> SSN completo reportado	<input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial reportado	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder	<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 prefiere no responder	<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><b>Edad:</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Mes</td> <td colspan="3">Día</td> <td colspan="3">Año</td> <td></td> <td></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 prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado

**GÉNERO** (Seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Mujer (niña si es niña) <input type="checkbox"/> Hombre (Niño si es niño) <input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cuestionándose <input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica <input type="checkbox"/> Identidad diferente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--	--

**RAZA Y ETNIA** (Seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Indio americano, nativo de Alaska o indígena <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latina/e/o <input type="checkbox"/> Medio Oriente o Norte de África <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <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 prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--

**Si 'Sí' al estado de veterano**

Año de ingreso al servicio militar (año)	_____
--	-------

# FY 2024 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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"/> Space Force	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <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 prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
---	--	--

**PREGUNTAS OPCIONALES DE OC**

<b>Alias</b>	_____
--------------	-------

# FY 2024 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

Pronombre(s)	<input type="checkbox"/> Ella/la	<input type="checkbox"/> Ellos/los
	<input type="checkbox"/> Él/lo	<input type="checkbox"/> Ellas/las
		<input type="checkbox"/> Otro: _____

## INSCRIPCIÓN AL PROYECTO

### SE NECESITA ASISTENCIA DE TRADUCCIÓN

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado

### RELACIÓN CON LA CABEZA DE HOGAR

<input type="checkbox"/> Si mismo (cabeza de hogar)	<input type="checkbox"/> Otra relación con la cabeza de hogar
<input type="checkbox"/> Hijo/hija de la cabeza de hogar	<input type="checkbox"/> Otro: Miembro sin relación
<input type="checkbox"/> Esposo/a o compañero/a de la cabeza de hogar	

<b>NOMBRE DEL PROYECTO</b>										
<b>FECHA DE INICIO EN EL PROYECTO</b>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></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"> <tr> <td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></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"/> 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

# FY 2024 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<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, 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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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
--	-----------------------------	-----------------------------

**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 prefiere no responder <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 3.917A** *(Condición de vivienda del cliente la noche anterior a ingresar a este proyecto)*

**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
---

# FY 2024 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

SITUACIÓN INSTITUCIONAL		
<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		
<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluidos jóvenes sin hogar)	<input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo	
<input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar	<input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia	
<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia		
<input type="checkbox"/> Hogar Anfitrión (no de crisis)		
SITUACIÓN DE VIVIENDA PERMANENTE		
<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda en curso	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder	
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso(masculine)		
Tipo de subsidio de alquiler si es alquiler por cliente, con subsidio de vivienda en curso		
<input type="checkbox"/> GPD TIP housing subsidy	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otra subvención de vivienda en curso	
<input type="checkbox"/> VASH housing subsidy	<input type="checkbox"/> Housing Stability Voucher	
<input type="checkbox"/> RRH or equivalent subsidy	<input type="checkbox"/> Family Unification Program Voucher (FUP)	
<input type="checkbox"/> HCV voucher (tenant or project based) (not dedicated)	<input type="checkbox"/> Foster Youth to Independence Initiative (FYI)	
<input type="checkbox"/> Unidad de vivienda pública	<input type="checkbox"/> Permanent Supportive Housing	
	<input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar	
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 prefiere no responder
<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 <b>actual</b> 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 prefiere no responder
		<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		

# FY 2024 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <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 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> <i>(Indique si la estancia en la vivienda temporal o permanente donde se quedó antes de ingresar a este proyecto fue menor que 7 noches)</i>	<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> <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

<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>
____ / ____ / ____

**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 prefiere no responder <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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
---	---	--

## CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

¿Tiene una condición de discapacidad?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--

# FY 2024 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

## ¿Tiene alguna discapacidad física?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<i>En caso de tener una discapacidad física,</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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<i>En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja</i>	

# FY 2024 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

## 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 prefiere no responder <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 prefiere no responder <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): _____	



# FY 2024 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

## 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 prefiere no responder <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"/> Administración de Salud de Veteranos (VHA)	<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): _____	

## 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>	_____
--	-------

## 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"/> Anaheim <input type="checkbox"/> Brea <input type="checkbox"/> Buena Park <input type="checkbox"/> Costa Mesa <input type="checkbox"/> Cypress <input type="checkbox"/> Dana Point <input type="checkbox"/> El Modena <input type="checkbox"/> Fountain Valley <input type="checkbox"/> Fullerton <input type="checkbox"/> Garden Grove	<input type="checkbox"/> Huntington Beach <input type="checkbox"/> Irvine <input type="checkbox"/> La Habra <input type="checkbox"/> La Palma <input type="checkbox"/> Laguna Beach <input type="checkbox"/> Laguna Hills <input type="checkbox"/> Laguna Niguel <input type="checkbox"/> Laguna Woods <input type="checkbox"/> Lake Forest <input type="checkbox"/> Los Alamitos <input type="checkbox"/> Mission Viejo	<input type="checkbox"/> Newport Beach <input type="checkbox"/> Orange <input type="checkbox"/> Placentia <input type="checkbox"/> Rancho Santa Margarita <input type="checkbox"/> San Clemente <input type="checkbox"/> San Juan Capistrano <input type="checkbox"/> Santa Ana <input type="checkbox"/> Seal Beach <input type="checkbox"/> Stanton <input type="checkbox"/> Tustin <input type="checkbox"/> Villa Park	<input type="checkbox"/> Westminster <input type="checkbox"/> Yorba Linda <input type="checkbox"/> Area no incorporada de Orange County <input type="checkbox"/> Afuera de Orange County, pero en California <input type="checkbox"/> Afuera de California <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<b>Número de Teléfono (Opcional)</b>		_____	
<b>Dirección de Correo Electrónico (Opcional)</b>		_____	

<b>¿En qué estado nació usted?</b>				
<input type="checkbox"/> AL - Alabama <input type="checkbox"/> AL- Alaska <input type="checkbox"/> AZ - Arizona <input type="checkbox"/> AR- Arkansas <input type="checkbox"/> CA - California <input type="checkbox"/> CO - Colorado <input type="checkbox"/> CT- Connecticut <input type="checkbox"/> DE - Delaware <input type="checkbox"/> DC - District of Columbia	<input type="checkbox"/> GA - Georgia <input type="checkbox"/> HI - Hawaii <input type="checkbox"/> ID - Idaho <input type="checkbox"/> IL - Illinois <input type="checkbox"/> IN - Indiana <input type="checkbox"/> IA - Iowa <input type="checkbox"/> KS - Kansas <input type="checkbox"/> KY - Kentucky <input type="checkbox"/> LA - Louisiana <input type="checkbox"/> ME - Maine	<input type="checkbox"/> MA - Massachusetts <input type="checkbox"/> MI - Michigan <input type="checkbox"/> MN - Minnesota <input type="checkbox"/> MS - Mississippi <input type="checkbox"/> MO - Missouri <input type="checkbox"/> MT - Montana <input type="checkbox"/> NE - Nebraska <input type="checkbox"/> NV - Nevada <input type="checkbox"/> NH - New Hampshire	<input type="checkbox"/> NM - New Mexico <input type="checkbox"/> NY - New York <input type="checkbox"/> NC - North Carolina <input type="checkbox"/> ND - North Dakota <input type="checkbox"/> OH - Ohio <input type="checkbox"/> OK - Oklahoma <input type="checkbox"/> OR - Oregon <input type="checkbox"/> PA - Pennsylvania <input type="checkbox"/> RI - Rhode Island <input type="checkbox"/> SC - South Carolina	<input type="checkbox"/> TN - Tennessee <input type="checkbox"/> TX - Texas <input type="checkbox"/> UT - Utah <input type="checkbox"/> VT - Vermont <input type="checkbox"/> VA - Virginia <input type="checkbox"/> WA - Washington <input type="checkbox"/> WV - West Virginia <input type="checkbox"/> WI - Wisconsin <input type="checkbox"/> WY - Wyoming <input type="checkbox"/> Cliente no sabe

# FY 2024 OC HMIS: SPANISH PROJECT INTAKE FORM — GENERAL & CoC/ESG

<input type="checkbox"/> FL - Florida	<input type="checkbox"/> MD - Maryland	<input type="checkbox"/> NJ - New Jersey	<input type="checkbox"/> SD - South Dakota	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder
				<input type="checkbox"/> Otro
<i>En caso de contestar 'Otro' en estado donde nació,</i>				
<b>¿En qué país nació usted?</b>		_____		
<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 prefiere no responder	
	<input type="checkbox"/> Temporal/ esporádico	<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

## PREGUNTAS DE ENTRADA DE CFCOC

<b>¿Este cliente está recibiendo servicios financiados por <i>Children and Families Commission Orange County</i>?</b>	<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 ( <i>Client Signature</i> )	Fecha ( <i>Date</i> )
Firma del personal de la agencia ( <i>Agency Staff Signature</i> )	Fecha ( <i>Date</i> )

**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 intake form completely filled out correctly?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

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