****

HMIS #:  
CM Name:  
Project Entry Date:

**Condado de Santa Barbara HMIS Formulario Estandarizado**

Este formulario está diseñado para ser completado por un proveedor de servicio mientras entrevista a un cliente.

Un formulario estandarizado diferente debe ser llenado para cada miembro del hogar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información de perfil** | | |
| **Primer Nombre** |  | **2do nombre** |
| **Apellido(s)** |  | |
| **Número de Seguro Social** |  | |
| **¿Es usted un veterano militar del Ejército Estadunidense?** |  Si   No |  El cliente no sabe   No contestó |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de mudanza a el hogar | |  |
| **Ingresos y beneficios adicionales** | | | |
| **¿Está usted recibiendo ingresos de alguna fuente?** | |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó | |
| **Ingreso mensual total:** | | $ | |
|  Pensión alimenticia o apoyo de esposo $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   Manutención de hijo $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   Ingresos por trabajo $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   Asistencia General $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   Otro $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Pensión u otro ingreso por pensión $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   Seguro de discapacidad privado$  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  Pensión por seguro social $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  SSDI $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   SSI $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   TANF $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   Seguro por desempleo $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   VA Service Connected Disability $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   VA Non-Service Connected Disability $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   Compensación laboral $  **Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Beneficios no-monetarios** | |
| **¿Usted recibe beneficios no-monetarios?** |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
|  Special Supp. Nutrition for WIC $   SNAP (Cupones de alimentos) $   TANF Cuidado de niño(a)s $ |  TANF Transporte $   Other TANF-Funded Services $   Otras ayudas $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, especifique |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Seguro de salud** | | | | |
| **¿Tiene usted seguro de salud?** | |  Si   No |  Cliente no sabe   No contestó | |
| **Medicaid**  **Medicare**  **Seguro médico estatal para niño(a)s**  **VA Medical Services** |  Si  No   Si  No   Si  No   Si  No | **Asegurado por empleador**  **Asegurado por COBRA**  **Seguro médico privado pagado**  **Seguro médico estatal para adultos** | |  Si  No   Si  No   Si  No   Si  No |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discapacidad** | | | | |
| **¿Tiene usted alguna discapacidad de larga duración?** | |  Si   No |  Cliente no sabe   No contestó | |
| *Si su respuesta fue si, por favor complete las siguientes preguntas para cada discapacidad* | | | | |
| **Abuso de Alcohol** |  Si  No  Cliente no sabe   No contestó | ¿Conditión larga? | |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Fecha de inicio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Es esta discapacidad de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente? | |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Abuso de ambos las drodas y el alcohol** |  Si  No  Cliente no sabe   No contestó | ¿Conditión larga? | |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó | |
| **Fecha de inicio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? | |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Discapacidad** | | | |
| **Condición crónica de salud** |  Si  No  Cliente no sabe   No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Fecha de inicio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Discapacidad del Desarrollo** |  Si  No  Cliente no sabe   No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Fecha de inicio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Abuso de Sustancias** |  Si  No  Cliente no sabe   No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Fecha de inicio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VIH/SDIA** |  Si  No  Cliente no sabe   No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Fecha de inicio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Problemas de Salud Mental** |  Si  No  Cliente no sabe   No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Fecha de inicio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Es de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Discapacidad física** |  Si  No  Cliente no sabe   No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
| **Fecha de inicio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Es esta discapacidad de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente? |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Violencia domestica** | | | |
| **¿Actualmente o alguna vez ha estado usted en una relación donde usted fue física o emocionalmente agredido(a), amenazado(a) o sintió miedo de ser agredido(a)?**  De ser así, ¿cuándo ocurrió esto?  De ser así, ¿esta usted huyendo ahora ? |  Si   No |  Cliente no sabe   No contestó | |
|  En los últimos tres meses   De tres a seis meses   De seis a menos de un año   Hace un año o mas   Cliente no sabe   No contestó | | |
|  Si   No | |  Cliente no sabe   No contestó |
|  | | |

*Yo (cliente adulto o cabeza de hogar) certifico que la información aquí proveída es verdad/correcta a mi mejor entender/saber.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del cliente en imprenta | Firma del cliente | Fecha |
| Nombre del entrevistador en imprenta | Forma del entrevistador | Fecha |