****

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  |