****

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 del hogar** Es el cliente:  Adulto solo(a)  Adulto acompañado  |
| **Si marcó adulto solo(a)** | Ir a la sección de Información de Perfil |
| **Si marcó adulto acompañado:** | ¿Es usted la Cabeza del Hogar (C.H.)?? Si No |
|  | Si no, proveer el nombre del C.H.: |
|  | ¿Número de adultos en el hogar?: |
|  | ¿Número de niño(a) s en el hogar?: |
| **Si marcó niño(a):** | Proveer el nombre del CH: |
| **Si usted vive acompañado(a), ¿Cuál es su relación con la cabeza del hogar?**  | Yo soy la cabeza del hogar La cabeza del hogar es un hijo(a)  Soy la pareja o esposo(a) del cabeza del hogar Otro tipo de relación con la cabeza del hogar Otro: sin ningún tipo de relación con la cabeza 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 |
| **Datos Demográficos** |
| **Fecha de Nacimiento:** | Mes/Día/Año: |
| **Genero** | FemeninoMasculino  Trans Femenina (MTF o Masculino a Femenina) Trans Masculino (FTM o Femenina a Masculino) |  Género No Conformado (es decir, no exclusivamente masculino o femenino) Cliente no sabe  No contestó  |
| **Etnicidad** No hispano/No Latino Hispano/Latino Cliente no sabe  No contestó | **Raza:** Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático  Negro o Afro Americano  |  Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico  Blanco (Caucásico)  Cliente no sabe  No contestó |
| **Fecha de mudanza a el hogar** | Mes/Día/Año: |  |

|  |
| --- |
| **3. 917A Situación de vida** |
| **Tipo de residencia** | Situación de indigencia Lugar no apto para habitar (ej., vehículo, edifico abandonado, bus/tren/estación del metro /aeropuerto /o cualquier lugar en la intemperie) Refugio de emergencia, incluyendo hotel o motel, pagado con cupones de refugio de emergencia Safe HavenVivienda temporal Situación institucional Hogar de crianza grupal o individual (Foster Care) Hospital u otra instalación medica residencial no-psiquiátrica Cárcel, prisión o instalaciones de detención juveniles Residencia de cuidados u hogar de ancianos Hospital psiquiátrico u otra facilidad psiquiátricaResidiendo en una institución de desintoxicación o de tratamiento por abuso de sustancias  Situación de vivienda transicional y permanente  Hotel o motel pagado sin cupones de refugio de emergencia Residencia propia sin ningún tipo de subsidio****Residencia propia con algún tipo de subsidioVivienda permanente (excepto RRH) para clientes anteriormente sin hogarAlquilada por cliente, con RRH o subsidio equivalenteAlquilada por cliente con subsidio VASH Alquilada por cliente con subsidio GPD TIP ****Alquilada por cliente con otro tipo de subsidio Proyecto residencial u hogares de adaptación social (estos hogares no son para gente sin casa)Hospedado o viviendo en un cuarto, apartamento o casa de un familia Hospedado o viviendo en un cuarto, apartamento o casa de un amigo Hogar transicional con gente sin casa (incluyendo jóvenes sin hogar) Cliente no sabe No contestó |

|  |  |
| --- | --- |
| Duración en vivienda anterior: |  Una noche o menos Dos a seis noches Una semana o más, pero menos de un mes Un mes o más, pero menos de 90 días 90 días o más, pero menos de un año Un año o más Cliente no sabe Cliente declina  |
| Fecha aproximada de estado de indigencia: | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Independientemente de donde se quedaron la noche anterior: Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES, o SH en los últimos tres años, hoy incluido | Una vez Dos vecesTres veces | Cuatro veces o másCliente no sabeCliente declina |
| Número total de meses sin vivienda en la calle, en ES, o SH en los últimos tres años |  Un mes (esta vez es el primer mes)2 34 56 78 9 | 10 1112 Más de 12 meses Cliente no sabe Cliente declina |

|  |
| --- |
| **3. 917B Situación de vida** |
| **Type of Residence** | Homeless SituationSi el cliente está en una situación de indigencia, completa 3.917A Situación de vivienda (página anterior)Situación institucional Hogar de crianza grupal o individual (Foster Care) Hospital u otra instalación medica residencial no-psiquiátrica Cárcel, prisión o instalaciones de detención juveniles Residencia de cuidados u hogar de ancianos Hospital psiquiátrico u otra facilidad psiquiátricaResidiendo en una institución de desintoxicación o de tratamiento por abuso de sustancias  Situación de vivienda transicional y permanente  Hotel o motel pagado sin cupones de refugio de emergencia Residencia propia sin ningún tipo de subsidio**** Residencia propia con algún tipo de subsidioVivienda permanente (excepto RRH) para clientes anteriormente sin hogar Alquilada por cliente, con RRH o subsidio equivalenteAlquilada por cliente con subsidio VASH Alquilada por cliente con subsidio GPD TIP **** Alquilada por cliente con otro tipo de subsidio Proyecto residencial u hogares de adaptación social (estos hogares no son para gente sin casa)Hospedado o viviendo en un cuarto, apartamento o casa de un familia Hospedado o viviendo en un cuarto, apartamento o casa de un amigo Hogar transicional con gente sin casa (incluyendo jóvenes sin hogar) Cliente no sabe No contestó |
| Duración en vivienda anterior: |  Una noche o menos Dos a seis noches Una semana o más, pero menos de un mes Un mes o más, pero menos de 90 días |  90 días o más, pero menos de un año  Un año o más Cliente no sabe Cliente declina |
| Si es situación institucional, ¿se quedó menos de 90 días?**If answer is Sí, then answer:** |  Sí No**¿En la noche anterior se quedó en la calle, ES or SH?** |
| Si es Transicional/Permanente, ¿se quedó con menos de 7 días? **If answer is Sí, then answer:** | Yes No**¿En la noche anterior se quedó en la calle, ES or SH?** |
| ¿En la noche anterior se quedó en la calle, ES or SH? | Yes No |
| **Si la respuesta es Sí. Responde a las 3 siguientes preguntas:** |
| Fecha aproximada de estado de indigencia: | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Independientemente de donde se quedaron la noche anterior: Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES, o SH en los últimos tres años, hoy incluido | Una vez Dos vecesTres veces | Cuatro veces o másCliente no sabeCliente declina |
| Número total de meses sin vivienda en la calle, en ES, o SH en los últimos tres años |  Un mes (esta vez es el primer mes)2 34 56 7 | 10 1112 Más de 12 meses8 9 Cliente no sabe Cliente declina |

**Historial de Residencia**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Dónde fue la primera vez que se quedó sin hogar?** | Condado de Santa Bárbara Condado de KernCondado de Ventura  Otro CACondado de San Luis Obispo  Fuera del Estado Datos no coleccionados |
| **¿Dónde estaba su domicilio más reciente?**  | Condado de Santa Bárbara  Condado de KernCondado de Ventura  Otro CACondado de San Luis Obispo  Fuera del Estado Datos no coleccionados |
| **¿Cuánto Tiempo ha vivido en el Condado de Santa Bárbara?**  | 1 día - 30 días 31 días - 6 meses  6 meses - 1 año  5 - 10 años | Más de 10 años Mayor parte/ Mayoría de la vidanegarse a contestarDatos no coleccionados |
| **¿Que lo trajo al Condado de Santa Bárbara?**  | Para un trabajo/ buscar trabajo  Para acceder a servicios y/o beneficios para personas sin hogarAmigos/ familia están aquíPara acceder los servicios o clínicas de VA | LGBTQ/Aceptación Crecí en el Condado de Santa BárbaraViaje/ Visitaba y permanecí aquí OtroDatos no coleccionados |
| **¿Cuál es su estatus actual de empleo?**  | Trabajando  Buscando trabajo No trabajando o buscando trabajo |  Sin poder trabajarDatos no coleccionados |

|  |
| --- |
| **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 Servicos Asegurado por empleador |  Seguro médico privado pagado  Seguro médico estatal para adultos Programa de Salud para Indios Americanos OtroEspecifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **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 |
| **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)?**  |  Si No |  Cliente no sabe  No contestó |
| De ser así, ¿cuándo ocurrió esto? |  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 |
| De ser así,, ¿esta usted huyendo ahora ? |  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  |