****

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 Situation  Si 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  Otro Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |