

HMIS #
CM Name
Project Exit Date / /

**Condado de Santa Cruz HMIS
Formulario Estandarizado para Salida**

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** |
| **Nombre** |  | **Segundo Nombre** |
| **Apellido** |  |  |
| **Nombre alternativo**( Si hay múltiple, nombres alternativos, separar con comas) |  |

|  |
| --- |
| **Destination** |
|  Fallecido Refugio de Emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con cupón de Refugio de Emergencia Regimen de acogida  Hospital o otro centro médico residencial no psiquiátrico Hotel o motel pagado sin un cupón de Refugio de Emergencia Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayores Fue mudado de un proyecto financiado por HOPWA a un proyecto HOPWA PH Fue mudado de un proyecto financiado por HOPWA a un proyecto HOPWA PH Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH) |  Lugar no apto para residencia humana (ej., vehículo, edifico abandonado, bus/tren/estación del metro /aeropuerto /o cualquier lugar en la intemperie) Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio de vivienda (incluyendo RRH) Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar Refugio Seguro Quedándose o viviendo con familia, arriendo permanente Quedándose o viviendo con familia, arriendo temporario (e.g., cuarto, apartmento o casa) Quedándose o viviendo con amigos, arriendo permanente Quedándose o viviendo con amigos, arriendo temporario (e.g., cuarto, apartmento o casa) Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias Vivienda temporal para personas sin hogar  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se completó encuesta de salidaCliente no sabeCliente se rehúsa |

|  |
| --- |
| **FECHA DE ALOJAMIENTO EN VIVIENDA**Para proyectos de Vivienda de Apoyo Permanente (PSH), Realojamiento Rápido (RRH), y Vivienda de Apoyo Permanente sin requerimiento de discapacidad |
| **Fecha de mudanza a el hogar** |  / / [Mes/Día/Año] |

|  |
| --- |
| **Condiciones de Discapacidad y Barreras** |
| **¿Tiene una condición de discapacidad?** |  Si No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| ***Si su respuesta fue si, por favor complete las siguientes preguntas para cada discapacidad*** |
| **Abuso de SustanciasAbuso de el Alcohol** Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | ¿Condición?¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **Abuso de SustanciasAbuso de las Drogas** Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | ¿Condición?¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **Abuso de SustanciasAbuso de Ambos, Drogas y de Alcohol** Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | ¿Condición?¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **Condición de salud crónica** Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | ¿Condición?¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **Discapacidad del Desarrollo**  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | Perjudica sustancialmente la independencia¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |

|  |
| --- |
| **Discapacidad Condiciones y Barreras** |
| **Discapacidad física** Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | ¿Condición?¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **VIH/SDIA positivo** Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | ¿Si es así, se espera que sea un problema prolongado, indefinido y que perjudique sustancialmente la habilidad de vivir independiente para el cliente? |  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **Problema de salud mental** Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | ¿Condición?¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **¿Es sobreviviente de violencia doméstica o de pareja?** Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja¿Cuándo ocurrió estaexperiencia? |  En los últimos tres meses  Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) Hace seis a doce meses (excluyendo exactamente un año)Hace más de un año Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **¿Esta actualmente huyendo?** |  Sí  No Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |  |

|  |
| --- |
| **Ingreso en efectivo del indoviduo** |
| **Ingreso de cualquier fuente** | Sí No Cliente no sabe Cliente se rehúsa |
|  Ingreso Ganado $  Seguro de Desempleo$  Compensación de Trabajador$  Seguro de Discapacidad Privado$  Compensación por discapacidad relacionada con servicios de VA$  Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) $  |  Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) $  Ingreso de Jubilación del Seguro Social $  Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA$  Pensión o Ingreso de Jubilación de un antiguo empleo $  Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) $  Asistencia General (GA) $  Manutención Conyugal $  Manutención Infantil $  Otro Ingreso en Efectivo $ Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Total ingreso en efectivo del individuo** | **TOTAL**: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Beneficios no monetarios** |
| **Recibe beneficios no monetarios** | Sí No Cliente no sabe Cliente se rehúsa |
|  Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) Programa Nutrición Suplementario Especial para mujeres y niños (WIC) Servicios de Cuidado Infantil de TANF |  Servicios de Transporte de TANF Otros servicios financiados por TANF Otro Beneficios no MonetariosEspecifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **Seguro de salud** |
| **¿Tiene usted seguro de salud?** | Sí No Cliente no sabe Cliente se rehúsa |
|  Medicaid Medicare Seguro de Salud Infantil Estatal Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA) Seguro de Salud suministrado por el empleador |  Seguro obtenido a través de COBRA Seguro de Salud Privado Seguro de Salud Estatal para Adultos Programa de Servicio de Salud Indígena Otro Seguro de SaludEspecifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **Informacion de empleo** |
| **Tiene empleo** |  Sí No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **Si la respuesta es sí, qué tipo de empleo** |  Tiempo completo Tiempo parcial Estacional/Esporádico (también trabajo por día) |
| **Si la respuesta es No, porqué sin empleo** |  buscando empleo No puede trabajar No busca empleo |  |

|  |
| --- |
| **Último grado completado** |
| **Último grado completado** |  Inferior a grado 5Grado 5-6Grado 7-8Grado 9-11Grado 12/ diploma de preparatoria Programa escolar no tiene grados | GED Algunos estudios Diplomado Licenciatura Maestría Certificación vocacional Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |

Yo, (Cliente adulto o jefe/a de la familia) Certifico que la información que he proporcionado aquí es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento

|  |
| --- |
| **Datos de contacto** [Opcional – Pueden ser anotados en la pestaña de localización ] |
| **Teléfono** |  |
| **Correo Electrónico** |  |
| **Dirección actual ( solo si es aplicable** ) |  |
|  **Ciudad** |  |
| **Estado** |  |  | **Código postal** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Escribe Nombre del cliente | Firma del cliente | Fecha |
| Escribe nombre de trabajador | Firma de trabajador | Fecha |