

HMIS #
CM Name
Project Start Date / /

**Condado de Santa Cruz HMIS
Formulario Estandarizado - Adulto**

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 usted vive acompañado(a), ¿Cuál es su relación con la cabeza del hogar?** | MaridoEsposaHija HijoPadreMadreHermana Hermano Compañera de cuarto Nieto/a | Tía Tío Sobrina Sobrino Abuelo/aPareja Socio doméstico OtroHijastraHijastro |
|  **Información de perfil** |
| **Número De Seguro Social** |  |  |
| **Nombre** |  | **Segundo Nombre** |
| **Apellido** |  |  |
| **Nombre alternativo**( Si hay múltiple, nombres alternativos, seperar con comas) |  |
| **Culidad Del Nombre Actual** |  Reportó el nombre completo Reportó nombre parcial, calle, o código postal |  No lo sabe  Se niega a contestar |
| **Veterano Militar de U.S.**  (si su respuesta fue Si, por favor completa las siguientes preguntas sobre servicio military)  |  Si  No |  No lo sabe  Se niega a contestar |
|  **Discapacidad**  |  Si  No |  No lo sabe  Se niega a contestar |
| **Número De Teléfono Primario** |  |  |

|  |
| --- |
| **Datos Demográficos** |
| **Fecha De Nacimiento** |  / / [Mes/Día/Año] |
| **Sexo** |  Mujer Hombre  Transgénero de hombre a mujer Transgénero de hombre a hombre |  No se identifica como hombre, mujer, o transgénero No lo sabe Se niega a contestar |
| **Etnicidad** No hispano/No Latino Hispano/Latino Cliente no sabe Cliente se rehúsa | **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 Cliente se rehúsa |

|  |  |
| --- | --- |
| **Información de Veteranos** |  |
| **Veterano Militar de U.S.**  **Si contesta positiva, seguir con las preguntas siguientes** | Año que empezo servicio militar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Año que termino Servicio militar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **teatro de operativos:segundo guerra mundial** |  Si  No |  Cliente no sabe Cliente se rehúsa |
| **guerra Korea** |  Si  No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
|  **guerra de Vietnam**  |  Si  No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **guerra del gofo Persico** |  Si  No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **guerra de** **Afganistán** |  Si  No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **guerra de Irak (Libertad)** |  Si  No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **gerra de Irak (Nuevo Amanecer)** |  Si  No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **operativos otros** |  Si  No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
|  **Rama militar** | Ejército Fuerza Aerea Armada Marina |  Guardacostas  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
|  **Estado de descarga** |  Honorable General Bajo Condiciones Honorables En condiciones diferentes a las honorables (OTH) Mala conducta |  Deshonroso Sin caracterizarCliente no sabe Cliente se rehúsa |

|  |
| --- |
| **Fecha de enlace** (divulgación en la calle o refugio para indigentes de noche a noche) Anote la fecha que el cliente empezó su enlace para recibir servicios después de uno o más contactos de divulgacion o refugio para indigentes de noche a noche. |
| **Fecha de enlace** |  / /  |

|  |
| --- |
| **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] |

|  |
| --- |
| **Situación de vivienda previa** |
| **Dirección previa** |  |
|  **Ciudad previa** |  |
| **Estado** |  |  | **Código postal previa** |
| **Calidad de informacion de la direccion previa** | Direccion completa fue reportadaDireccion es incompleta or es una estimacion |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |

**3. 917A Situación de vivienda para projectos de Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o**

**Alcance para Personas de la Calle (Street Outreach, Emergency Shelter, or Safe Haven)**

|  |
| --- |
| **3. 917A Situación de vivienda** |
| **Tipo de Residencia** | **Situación de pérdida de vivienda**  Lugar no apto para residencia humana (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 cupón de Refugio de Emergencia O casa de acogida para refugio pagado por RHYRefugio seguro**Situación institucional**  Hogar de crianza temporal Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico Cárcel, prisión, o centro de detención juvenile Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayors Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias**Situación de vivienda temporal y permanente** Proyecto residencial o de rehabilitación temporario sin criterio de ser desamparado Hotel o motel pagado sin un cupón de Refugio de Emergencia Vivienda temporal para personas sin hogar, incluyendo jóvenes sin hogar Casa de acogida (sin crisis) Quedándose o viviendo con amigos      Quedándose o viviendo con familia Arrendado por el cliente, con subsido de vivienda de GPD TIP Arrendado por el cliente, con subsido de vivienda de VASH Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH) Alquilado por el cliente, con subsidio de RRH (realojamiento rápido) o equivalente Alquilado por el cliente, con subsidio de HCV (Sección 8) (inquilino, o basado en proyecto) Alquilado por el cliente en una unidad de alojamiento publica Propiedad del cliente, sin subsido de vivienda Propiedad del cliente, con subsido de vivienda Propiedad del cliente donde actualmente recibe subsidio Propiedad del cliente donde actualmente no recibe subsidio**Otro**Cliente no sabe Cliente se rehúsa |
| **Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa(**Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia**)** |  Una noche o menos De dos a seis noches Una semana o más, pero menos queun mes Un mes o más, pero menos que 90 días | 90 días o más, pero menos que un añoUn año o másCliente no sabe Cliente se rehúsa |
| **Fecha aproximada en la que la situación de pérdida de vivienda inició** (Fecha aproximada en la que perdió su vivienda)**:** | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_[Mes/Día/Año] |
| **Cuántas veces ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy** | Una vez Dos vecesTres veces | Cuatro veces o másCliente no sabeCliente se rehúsa |
| **Número total de meses que ha estado sin vivienda en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años** |  Un mes (esta vez es el primer mes)Dos Meses Tres MesesCuatro Meses Cinco MesesSeis Meses Siete Meses | Ocho Meses Nueve MesesDiez Meses Once MesesDoce Meses  Más de 12 mesesCliente no sabe Cliente se rehúsa |

|  |
| --- |
| **Answer 3.917 B**   **Para projectos diferentes a Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle3. 917B Situación de vida** |
| **Tipo de Residencia**  | **Situación de pérdida de vivienda** Si el cliente está en una situación de indigencia, completa 3.917A Situación de vivienda (página anterior)**Situación institucional**  Hogar de crianza temporal Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico Cárcel, prisión, o centro de detención juvenile Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayors Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias**Situación de vivienda temporal y permanente** Proyecto residencial o de rehabilitación temporario sin criterio de ser desamparado Hotel o motel pagado sin un cupón de Refugio de Emergencia Vivienda temporal para personas sin hogar, incluyendo jóvenes sin hogar Casa de acogida (sin crisis) Quedándose o viviendo con amigos      Quedándose o viviendo con familia Arrendado por el cliente, con subsido de vivienda de GPD TIP Arrendado por el cliente, con subsido de vivienda de VASH Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH) Alquilado por el cliente, con subsidio de RRH (realojamiento rápido) o equivalente Alquilado por el cliente, con subsidio de HCV (Sección 8) (inquilino, o basado en proyecto) Alquilado por el cliente en una unidad de alojamiento publica Propiedad del cliente, sin subsido de vivienda Propiedad del cliente, con subsido de vivienda Propiedad del cliente donde actualmente recibe subsidio Propiedad del cliente donde actualmente no recibe subsidior Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa(**Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia**):** |  Una noche o menos De dos a seis noches Una semana o más, pero menos queun mes Un mes o más, pero menos que 90 días | 90 días o más, pero menos que un añoUn año o másCliente no sabe Cliente se rehúsa |
| **Si es situación institucional, ¿estuvo en ahí menos de 90 días?Si la respuesta es Sí. :** |  Sí No**¿En la noche anterior se quedó en la calle, Refugio de Emergencia o Refugio Seguro?** |
| **Si es situación Transicional/Permanente, ¿estuvo ahi menos de 7 días? Si la respuesta es Sí. :** |  Sí No**¿En la noche anterior se quedó en la calle, Refugio de Emergencia o Refugio Seguro?** |
| **¿En la noche anterior se quedó en la calle, Refujio de Emegencia or Refugio seguro?** |  Sí No |
| **Si la respuesta es Sí. Responda a las 3 siguientes preguntas:** |
| Fecha aproximada en la que la situación de pérdida de vivienda inició : | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_[Mes/Día/Año] |
| **Cuántas veces ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy** | Una vez Dos vecesTres veces | Cuatro veces o másCliente no sabeCliente se rehúsa |
| **Número total de meses que ha estado sin vivienda en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años** | Un mes (esta vez es el primer mes)Dos Meses Tres MesesCuatro Meses Cinco MesesSeis Meses Siete Meses | Ocho Meses Nueve MesesDiez Meses Once MesesDoce Meses  Más de 12 mesesCliente no sabe Cliente se rehúsa |

|  |
| --- |
| **Condiciones de Discapacidad y Barreras /Violencia Doméstica** |
| **¿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*** |
| **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 |
| **Discapacidad del Desarrollo** |  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 |
| **VIH/SDIA positivo** |  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 |
| **Abuso de Sustancias** No  Abuso de el Alcohol Abuso de las Drogas Abuso de Ambos, Drogas y de Alcohol 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 indoviduo** | **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 Transoprte 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/ High school diploma Programa escolar no tiene grados | GED Algunos estudios Diplomado Licenciatura Maestría Certificación vocacional Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |

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

Yo, (Cliente adulto o Jefe de familia) certifico que la información que he proporcionado aquí es verdadera / correcta a mi leal saber y entender.

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