

HMIS #
CM Name
Project Start Date / /

**Condado de Santa Cruz HMIS
Formulario Estandarizado (Niño)**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.

|  |
| --- |
| **Household Information**  Es el cliente [x] Niño(a) |
| **Si está marcado como hijo, ¿cuál es su relación con el HoH?** |  **Nombre:**  **Apellido:** |
| **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 es múltiple, nombre alternativo, separado por comas) |  |
| **Culidad Del Nombre Actual** |  Reportó el nombre completo Reportó nombre parcial, calle, o código postal |  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 |

|  |
| --- |
| **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 |

|  |
| --- |
| **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 |

|  |
| --- |
| **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 no esta empleado/a** |  buscando empleo No puede trabajar No busca empleo |  |

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 | Fecha |