

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) |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Destino** | |
| **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 o otro centro médico residencial no psiquiátrico  Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil  Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayores  Psychiatric hospital or other psychiatric facility  Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias | **Situación de vivienda temporal y permanente**  Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar  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, arriendo temporario (e.g., cuarto, apartmento o casa)  Quedándose o viviendo con familia, arriendo temporario (e.g., cuarto, apartmento o casa)  Quedándose o viviendo con familia, arriendo permanente  Quedándose o viviendo con amigos, arriendo permanente  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 TH  Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP  Arrendado por el cliente, con subsidio 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  Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda  Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda  Propiedad del cliente donde actualmente recibe subsidio   Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda  **Otro**  No se completó encuesta de salida  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fallecido Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Condiciones de Discapacidad y Barreras /Violencia Doméstica** | | |
| **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 |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 Monetarios  Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 Salud  Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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/a de la familia) Certifico que la información que he proporcionado aquí es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento

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