

HMIS #  
CM Name   
Project Entry Date / /

**Condado de Santa Cruz HMIS   
Formulario Estandarizado para Actualización/ Actualización anual**

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 múltiples, nombres alternativos, separarse con comas) |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Condiciones de Discapacidad 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 |
| **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 individuo** | |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 el nombre del cliente | Firma del cliente | Fecha |
| Escribe el nombre de trabajador/a de admisión | Firma de trabajador/a de admisión | Fecha |