

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 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **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 |