

° HMIS _____ Nombre del gerente de cuidado: _____ Fecha de ingreso al proyecto: ____ / ____ / ____
--

Actualización del sistema HMIS a NCS FEMA

Este formulario está diseñado para que lo complete un proveedor de servicios mientras entrevista a un cliente. Se debe completar un formulario de admisión estándar por separado para cada miembro del hogar.

Perfil del cliente

Primer nombre: _____ segundo nombre: _____ apellido: _____

Número de seguridad social: ____ - ____ - _____

¿Veterano militar estadounidense? Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de mudanza a vivienda: _____ / _____ / _____

Fecha de mudanza a vivienda: _____ / _____ / _____

Ingreso mensual - Beneficios en efectivo

¿Ingresos de cualquier fuente?

Sí | No | El cliente no sabe | Cliente rechazado || Sí | No | El cliente no sabe | El cliente se negó || Ingreso mensual total: \$ _____

Tipos de ingresos (marque si los hay)	Cantidad de fuente de ingresos	Fecha de inicio de recepción:
<input type="checkbox"/> Alimonia u otro ingreso conyugal (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Manutención de niños (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Ingreso del trabajo (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Asistencia general (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Otros (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Pensión o jubilación de otro trabajo (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Seguro privado de discapacidad (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> SSDI (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> SSI (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> TANF (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> VA Pensión por discapacidad sin conexión (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio VA (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____

Beneficios no monetarios

¿Beneficio no monetario de cualquier fuente? Sí | No | El cliente no sabe | El cliente se negó

Tipos de beneficios no monetarios (marque si los hay)	Cantidad de fuente de ingresos	Fecha de inicio de recepción:
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (Cupones para alimentos) (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para WIC (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> TANF-Servicios de cuidado infantil (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> TANF Servicios de transporte (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Otras fuentes (HUD)	\$ _____	____ / ____ / ____

En otro caso, por favor especifique:

Seguro de salud

Cubierto por un seguro de salud? Sí | No | El cliente no sabe | El cliente se negó

Seleccione seguro (marque si los hay)	Fecha de inicio de recepción:
<input type="checkbox"/> Seguro de salud de empleador	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Seguro Obtenido Tráves de COBRA	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud para indios	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Medicare	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Medicaid	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Plan de salud de pago privado	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Programa estatal de seguro de salud infantil	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para adultos	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Servicios médicos de VA	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Otra fuente	____ / ____ / ____

En otro caso, por favor especifique:

Invalidez

¿El cliente tiene una condición de discapacidad? Sí | No | El cliente no sabe | El cliente se negó

En caso afirmativo, complete lo siguiente para cada tipo de discapacidad

Tipo de discapacidad / Determinación de discapacidad:

Abuso de alcohol (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Abuso de alcohol y drogas (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Condición de salud crónica (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Desarrollo (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Abuso de drogas (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

VIH / SIDA (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Problema de salud mental (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Físico (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Preguntas sobre violencia doméstica

Víctima / sobreviviente de violencia doméstica: Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

En caso afirmativo, cuándo ocurrió la experiencia:

Dentro de los últimos tres meses Hace tres meses a seis meses Hace un año o más El cliente no sabe El cliente se negó

En caso afirmativo, ¿está huyendo actualmente?

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó



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

Escriba el nombre del cliente

Firma del cliente

Fecha

Escriba el nombre del trabajador de admisión

Firma del trabajador de admisión

Fecha