

N. ° HMIS _____

Nombre del gerente de cuidado: _____

Fecha de ingreso al proyecto: ____ / ____ / ____

Salida del sistema HMIS

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.

Información del hogar

Es el cliente: Adulto soltero Adulto en el hogar

Si eres adulto en el hogar:

¿Eres el jefe de familia? Sí No

Número total de adultos en el hogar: _____

(El número debe reflejar el número total de adultos en el hogar que necesitarán ser alojados permanentemente a la salida del proyecto NCS)

Número total de niños en el hogar: _____

(los números deben reflejar el número total de niños en el hogar que necesitarán ser alojados permanentemente a la salida del proyecto NCS)

Si está en un hogar, ¿cuál es su relación con el jefe de familia?

Auto (jefe de familia)

Cabeza del hijo del hogar

Jefe del cónyuge o pareja del hogar

Otra: relación con el jefe de familia

Otra: miembro no relacionado

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

Razón para irse / Destino

Razón para irse

- Programa completado
- Actividad criminal / violencia
- Muerte
- Desacuerdo con las reglas / personas
- Se fue por otra oportunidad de vivienda antes de completar el programa
- No se pudieron satisfacer las necesidades.
- Incumplimiento del programa
- Falta de pago del alquiler
- Otro
- Tiempo máximo alcanzado permitido
- Desconocido / Desaparecido

Destino

Situación Institucional

- Hogar de acogida (HUD) | Hospital u otra instalación médica residencial no psiquiátrica (HUD)
- Cárcel, prisión o centro de detención juvenil (HUD) | Centro de atención a largo plazo u hogar de ancianos (HUD)
- Hospital psiquiátrico u otra instalación psiquiátrica (HUD) | Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación (HUD)

Situación de vivienda temporal o permanente

- Proyecto residencial o casa intermedia sin criterios de personas sin hogar (HUD) | Hotel o motel pagado sin comprobante de emergencia del refugio (HUD)
- Vivienda de transición con personas sin hogar (incluidos los jóvenes sin hogar) (HUD) | Casa de acogida (sin crisis) (HUD)
- Quedandose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo tenencia temporal (HUD) | Quedandose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia tenencia temporal (HUD)
- Quedandose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo tenencia permanente (HUD) | Quedandose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia tenencia permanente (HUD)
- Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA (PH) (HUD) | Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA (TH) (HUD)
- Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda TIP GPD (HUD) | Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda VASH (HUD)
- Vivienda permanente (que no sea RRH) para personas sin hogar (HUD) | Alquiler por cliente, con RRH o subsidio equivalente (HUD)
- Alquiler por cliente, con comprobante de VHC (inquilino o proyecto) (HUD) | Alquiler por cliente en una unidad de vivienda pública (HUD)
- Alquiler por cliente, sin subsidio continuo (HUD) | Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda (HUD)
- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda continuo (HUD) | Propiedad del cliente, no hay subsidio de vivienda continuo (HUD)

Otro:

- Otro | El cliente no sabe | El cliente se negó

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)	\$ _____	____ / ____ / ____

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)	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 (si lo hay)	
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Empleador proporcionado
<input type="checkbox"/> Medicare	<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"/> Programa de servicios de salud para indios
<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

Invalidez (continuado)

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

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