

N. ° HMIS \_\_\_\_\_  
 Nombre del gerente de cuidado: \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso al proyecto: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Admisión 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: \_\_\_\_\_ | Número total de niños en el hogar: \_\_\_\_\_

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

### Demografía del cliente

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Calidad de información:

FDN completa (HUD)  FDN aproximada o parcial (HUD)  El cliente no sabe  El cliente se negó  Datos no recopilados

#### Género:

Femenino  Masculino  Femenino Trans (MTF o Masculino a Femenino)  Masculino Trans (FTM o Femenino a Masculino)  Género no conforme (es decir, no exclusivamente masculino o femenino)  
 El cliente no sabe  El cliente se negó

#### Etnicidad:

No hispano / no latino  Hispano / latino  El cliente no sabe  El cliente se negó

#### Raza:

Indígena estadounidense o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Blanco  El cliente no sabe  El cliente se negó

Fecha de mudanza a vivienda: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Obligatorio cuando se aloja un cliente)

Responda las preguntas de sección "3. 917A Situación de vivienda previa" si ingresa a un programa de Alcance a las Calles, Refugio de emergencia o Safe Haven.

Responda las preguntas de sección "3.917 B Situación de vivienda previa" si ingresa a cualquier otro tipo de programa.

### 3.917 A Situación de vivienda previa

Responda preguntas si ingresa a un programa de Alcance a las Calles, Refugio de emergencia o Safe Haven.

Tipo de residencia:

#### Situación de personas sin hogar:

- Lugar no destinado a habitación (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, autobús / tren / estación de metro / aeropuerto / o cualquier lugar fuera) (HUD)
- Refugio de emergencia, incl. hotel / motel pagado por el bono de ES / ES, o refugio de casa de acogida financiado por RHY (HUD)
- Safe Haven (HUD)

#### 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)
- Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo (HUD) |  Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia (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

#### Duración de la estancia en el lugar anterior:

- Una noche o menos |  Dos a seis noches |  Una semana o más, pero menos de un mes |  Un mes o más, pero menos de 90 días
- 90 días o más, pero menos de un año |  Un año o más |  El cliente no sabe |  El cliente se negó

Fecha aproximada de inicio de la falta de vivienda: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Independientemente de dónde se quedaron anoche: **Número de veces** que el cliente ha estado en las calles, en ES o SH en los últimos tres años, incluyendo hoy:

- Una vez |  Dos veces |  Tres veces |  Cuatro o más veces |  El cliente no sabe |  El cliente se negó

**Número total de meses** sin hogar en la calle, en ES o SH en los últimos tres años

- Un mes (esta vez es el primer mes)  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12
- Más de 12 meses  El cliente no sabe  El cliente se negó

Responda las preguntas de sección "3. 917A Situación de vivienda previa" si ingresa a un programa de Alcance a las Calles, Refugio de emergencia o Safe Haven.

Responda las preguntas de sección "3.917 B Situación de vivienda previa" si ingresa a cualquier otro tipo de programa.

### 3.917 B Situación de vivienda previa

Responda preguntas si ingresa a un programa de Alcance a las Calles, Refugio de emergencia o Safe Haven.

Tipo de residencia:

Situación de personas sin hogar:

**\*\*\* Si el cliente responde con una situación de personas sin hogar por favor llene las preguntas de sección "3. 917A Situación de vivienda previa" \*\*\***

#### 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)  
 Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo (HUD) |  Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia (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

#### Duración de la estancia en el lugar anterior:

- Una noche o menos |  Dos a seis noches |  Una semana o más, pero menos de un mes |  Un mes o más, pero menos de 90 días  
 90 días o más, pero menos de un año |  Un año o más |  El cliente no sabe |  El cliente se negó

Si fue una situación institucional, ¿se quedó menos de 90 días?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí" responda: ¿La noche anterior se quedó en las calles o Refugio de emergencia?  Sí  No

Si fue transitorio / temporal / permanente, ¿se quedó menos de 7 días?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí" responda: ¿La noche anterior se quedó en las calles o Refugio de emergencia?  Sí  No

¿La noche anterior se quedó en las calles o Refugio de emergencia?  Sí  No

**\*\*\* En casos afirmativos, responda las siguientes 3 preguntas \*\*\***

Fecha aproximada de inicio de la falta de vivienda: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Independientemente de dónde se quedaron anoche: **Número de veces** que el cliente ha estado en las calles, en ES o SH en los últimos tres años, incluido hoy:

- Una vez |  Dos veces |  Tres veces |  Cuatro o más veces |  El cliente no sabe |  El cliente se negó

Número **total de meses** sin hogar en la calle, en ES o SH en los últimos tres años

- Un mes (esta vez es el primer mes)  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

- Más de 12 meses  El cliente no sabe  El cliente se negó

## Historia de la residencia

¿Dónde te quedaste sin hogar por primera vez?

Condado de Santa Bárbara |  Condado de Ventura |  Condado de San Luis Obispo |  Condado de Kern

Otro condado en CA |  Fuera del estado |  Datos no recopilados

¿Dónde estaba tu dirección permanente más reciente?

Condado de Santa Bárbara |  Condado de Ventura |  Condado de San Luis Obispo |  Condado de Kern

Otro condado en CA |  Fuera del estado |  Datos no recopilados

¿Cuánto tiempo ha vivido en el condado de Santa Bárbara?

1 día - 30 días |  31 días - 6 meses |  6 meses - 1 año |  1 año - 5 años |  5 años - 10 años

Más de 10 años |  Mayoría / Mayoría de la vida |  Se negó a responder |  Datos no recopilados

¿Qué te trajo al condado de Santa Bárbara?

Para un trabajo / buscando trabajo |  Amigo / familia están aquí |  LGBTQ / Aceptación |  Estaba viajando / visitando y permaneció aquí

Para acceder a servicios y / o beneficios para personas sin hogar |  Para acceder a servicios o clínicas de VA  
 Crecí en el condado de Santa Bárbara |  Otros |  Datos no recopilados

¿Cuál es su situación laboral actual?

Trabajo |  Buscando trabajo |  No trabaja o busca trabajo |  Incapaz de trabajar |  Datos no recopilados

## 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

## Situación de vivienda actual

Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de información: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Situación de personas sin hogar:

- Lugar no destinado a habitación (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, autobús / tren / estación de metro / aeropuerto / o cualquier lugar fuera) (HUD)
- Refugio de emergencia, incl. hotel / motel pagado por el bono de ES / ES, o refugio de casa de acogida financiado por RHY (HUD)
- Safe Haven (HUD)

### 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)
- Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo (HUD) |  Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia (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

En otro caso, por favor especifique:

## Situación de vivienda actual (pagina siguiente)

## Situación de vivienda actual (continuación)

**\*\*\*Esta porción s solo para USO DEL PROVEEDOR \*\*\***

Situación de vivienda verificado por (Nombre del programa): \_\_\_\_\_

¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vida actual dentro de los 14 días?  Sí  No  El cliente no sabe  El cliente se negó  
 Si responde 'Sí' a '¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vida actual dentro de 14 días?' responde las siguientes preguntas.

¿Se ha identificado una residencia posteriormente?

Sí  No  El cliente no sabe  El cliente se negó  Datos no recopilados

¿El individuo o la familia tienen recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?

Sí  No  El cliente no sabe  El cliente se negó  Datos no recopilados

¿Ha tenido el cliente un interés de arrendamiento o propiedad en una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?

Sí  No  El cliente no sabe  El cliente se negó  Datos no recopilados

¿Se ha mudado el cliente 2 o más veces en los últimos 60 días?

Sí  No  El cliente no sabe  El cliente se negó  Datos no recopilados

Detalles de ubicación:

## Información de Veterano Militar (Solamente para programas SSVF)

Veterano Military Estadounidense <small>(Si la respuesta es sí, conteste lo proximo)</small>	Año de inicio de servicio militar:	Año de separacion:
Segunda guerra mundial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
Guerra de Corea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
Guerra de Vietnam	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
Guerra del Golfo Pérsico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
Afghanistan	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
Iraq (Libertad iraquí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
Iraq (Nuevo amanecer)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
Otras Operaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	

### Rama Militar

Ejército |  Fuerza Aerea |  Naval |  Marina |  Guardia Costera |  El cliente no sabe  El cliente se negó

### Estado de descarga

Honorable |  General bajo condiciones honorables |  Bajo condiciones distintas a las honorables(OTH) |  Conducto Malo  
 Deshonorable |  No caracterizado |  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