

HMIS #  
CM Name   
Project Start Date / /

**Condado de Santa Cruz HMIS  
Formulario Estandarizado Incluyendo FEMA- Adulto**

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 del hogar**  Es el cliente: Adulto solo(a) Adulto acompañado | | | | |
| **Si marcó adulto solo(a)** | Ir a la sección de Información de Perfil | | | |
| **Si marcó adulto acompañado** | ¿Es usted la Cabeza del Hogar (C.H.)?? | | Si No | |
| **Si usted vive acompañado(a), ¿Cuál es su relación con la cabeza del hogar?** | Marido  Esposa  Hija  Hijo  Padre  Madre  Hermana  Hermano  Compañera de cuarto  Nieto/a | | Tía  Tío  Sobrina  Sobrino  Abuelo/a  Pareja  Socio doméstico  Otro Hijastra Hijastro | |
| **Información de perfil** | | | |
| **Número De Seguro Social** |  |  | |
| **Nombre** |  | **Segundo Nombre** | |
| **Apellido** |  |  | |
| **Nombre alternativo** ( Si hay múltiple, nombres alternativos, seperar con comas) |  | | |
| **Culidad Del Nombre Actual** |  Reportó el nombre completo  Reportó nombre parcial, calle, o código postal |  No lo sabe   Se niega a contestar | |
| **Veterano Militar de U.S.**  (si su respuesta fue Si, por favor completa las siguientes preguntas sobre servicio military) |  Si   No |  No lo sabe   Se niega a contestar | |
| **Discapacidad** |  Si   No |  No lo sabe   Se niega a contestar | | |
| **Número De Teléfono Primario** |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos Demográficos** | | |
| **Fecha De Nacimiento** | / / [Mes/Día/Año] | |
| **Sexo** |  Mujer  Hombre   Transgénero de hombre a mujer   Transgénero de hombre a hombre |  No se identifica como hombre, mujer, o transgénero   No lo sabe   Se niega a contestar |
| **Etnicidad**   No hispano/No Latino   Hispano/Latino   Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | **Raza**  Indio Americano o Nativo de Alaska   Asiático   Negro o Afro Americano |  Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico   Blanco (Caucásico)   Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información de Veteranos** |  | |
| **Veterano Militar de U.S.**  **Si contesta positiva, seguir con las preguntas siguientes** | Año que empezo servicio militar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Año que termino Servicio militar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **teatro de operativos: segundo guerra mundial** |  Si   No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **guerra Korea** |  Si   No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **guerra de Vietnam** |  Si   No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **guerra del gofo Persico** |  Si   No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **guerra de** **Afganistán** |  Si   No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **guerra de Irak (Libertad)** |  Si   No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **gerra de Irak (Nuevo Amanecer)** |  Si   No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **operativos otros** |  Si   No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Rama militar** | Ejército  Fuerza  Aerea  Armada  Marina |  Guardacostas   Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Estado de descarga** |  Honorable  General Bajo Condiciones Honorables  En condiciones diferentes a las honorables (OTH)  Mala conducta |  Deshonroso   Sin caracterizar  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. 917A Situación de vivienda** | | |
| **Tipo de Residencia** | **Situación de pérdida de vivienda**   Lugar no apto para residencia humana (ej., vehículo, edifico abandonado, bus/tren/estación del metro /aeropuerto /o cualquier lugar en la intemperie)  Refugio de Emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con cupón de Refugio de Emergencia O casa de acogida para refugio pagado por RHY  Refugio seguro  **Situación institucional**   Hogar de crianza temporal  Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico  Cárcel, prisión, o centro de detención juvenile  Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayors  Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico  Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias  **Situación de vivienda temporal y permanente**   Proyecto residencial o de rehabilitación temporario sin criterio de ser desamparado  Hotel o motel pagado sin un cupón de Refugio de Emergencia  Vivienda temporal para personas sin hogar, incluyendo jóvenes sin hogar  Casa de acogida (sin crisis)   Quedándose o viviendo con amigos   Quedándose o viviendo con familia   Arrendado por el cliente, con subsido de vivienda de GPD TIP   Arrendado por el cliente, con subsido de vivienda de VASH  Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar (Sin Incluir RRH)  Alquilado por el cliente, con subsidio de RRH (realojamiento rápido) o equivalente  Alquilado por el cliente, con subsidio de HCV (Sección 8) (inquilino, o basado en proyecto)  Alquilado por el cliente en una unidad de alojamiento publica  Propiedad del cliente, sin subsido de vivienda   Propiedad del cliente, con subsido de vivienda  Propiedad del cliente donde actualmente recibe subsidio   Propiedad del cliente donde actualmente no recibe subsidio  **Otro** Cliente no sabe Cliente se rehúsa | |
| **Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa (**Hace cuanto empezó a quedarse en ese Tipo de Residencia**)** |  Una noche o menos   De dos a seis noches   Una semana o más, pero menos que  un mes   Un mes o más, pero menos que 90 días | 90 días o más, pero menos que un año  Un año o más  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **Fecha aproximada en la que la situación de pérdida de vivienda inició** (Fecha aproximada en la que perdió su vivienda)**:** | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_[Mes/Día/Año] | |
| **Cuántas veces ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy** | Una vez  Dos veces  Tres veces | Cuatro veces o más  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **Número total de meses que ha estado sin vivienda en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años** |  Un mes (esta vez es el primer mes)  Dos Meses Tres Meses  Cuatro Meses Cinco Meses Seis Meses Siete Meses | Ocho Meses Nueve Meses  Diez Meses Once Meses  Doce Meses  Más de 12 meses  Cliente no sabe Cliente se rehúsa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Condiciones de Discapacidad y Barreras** | | |
| **¿Tiene una condición de discapacidad?** |  Si  No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Recopilación de datos de FEMA** | | | |
| **Resultados de detección de COVID-19 para miembros del hogar que califican** |  Riesgo bajo asintomático   Alto riesgo asintomático | |  Expuesto a COVID-19    Positivo con COVID-19 |
| **Nombre de la unidad** |  | | |
| **Tipo de la unidad** |  Hotel  Refujio para desamparados  Apartamento |  |  Casa movil   Otro |
| **Dirección** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Situación de vivienda previa** | | | |
| **Dirección previa** |  | | |
| **Ciudad previa** |  | |  |
| **Estado** |  |  | **Código postal previa** |
| **Calidad de informacion de la direccion previa** | Direccion completa fue reportada Direccion es incompleta or es una estimacion | |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas adicionales de FEMA** | | | | |
| **Teléfono móvil** |  | | |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Dirección de correo electrónico** |  | | |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Tiene mascotas en su familia?** |  Si   No | |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | |
| **Animal de asistencia,** |  Si   No |  |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | |
| **Acceso / Necesidades funcionales identificadas** |  Si   No |  |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Escribe Nombre del cliente | Firma del cliente | Fecha |
| Escribe nombre de trabajador | Firma de trabajador | Date |