

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 queun 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 |