

HMIS #  
CM Name   
Project Start Date / /

**Condado de Santa Cruz HMIS  
Formulario Estandarizado con 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** |  | | |  | | |
| **Culidad Número De Seguro Social** |  Reportó Número De Seguro Social completo  Reportó parcial, Número De Seguro Social | | |  No lo sabe   Se niega a contestar | | |
| **Nombre** |  | | | **Segundo Nombre** | | |
| **Apellido** |  | | |  | | |
| **Culidad Del Nombre Actual** |  Reportó el nombre completo  Reportó nombre parcial, calle, o código postal | | |  No lo sabe   Se niega a contestar | | |
| **Nombre alternativo** ( Si hay múltiple, nombres alternativos, seperar con comas) |  | | | | | |
| **Fecha De Nacimiento** | / / [Mes/Día/Año] | | |  | | |
| **Culidad Fecha De Nacimiento** |  Reportó Fecha De Nacimiento completo  Reportó parcial, Fecha De Nacimiento | | |  No lo sabe   Se niega a contestar | | |
| **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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Veterano Militar de U.S.** |  Si   No |  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa |
| **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 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de enlace** (divulgación en la calle o refugio para indigentes de noche a noche) Anote la fecha que el cliente empezó su enlace para recibir servicios después de uno o más contactos de divulgacion o refugio para indigentes de noche a noche. | |
| **Fecha de enlace** | / / |

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE ALOJAMIENTO EN VIVIENDA** Para proyectos de Vivienda de Apoyo Permanente (PSH), Realojamiento Rápido (RRH), y Vivienda de Apoyo Permanente sin requerimiento de discapacidad | |
| **Fecha de mudanza a el hogar** | / / [Mes/Día/Año] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | |

**3. 917A Situación de vivienda para projectos de Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o**

**Alcance para Personas de la Calle (Street Outreach, Emergency Shelter, or Safe Haven)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Answer 3.917 B**   **Para projectos diferentes a Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle 3. 917B Situación de vida** | | |
| **Tipo de Residencia** | **Situación de pérdida de vivienda** Si el cliente está en una situación de indigencia, completa 3.917A Situación de vivienda (página anterior) **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 subsidior  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 |
| **Si es situación institucional, ¿estuvo en ahí menos de 90 días? Si la respuesta es Sí. :** |  Sí No  **¿En la noche anterior se quedó en la calle, Refugio de Emergencia o Refugio Seguro?** | |
| **Si es situación Transicional/Permanente, ¿estuvo ahi menos de 7 días?  Si la respuesta es Sí. :** |  Sí No  **¿En la noche anterior se quedó en la calle, Refugio de Emergencia o Refugio Seguro?** | |
| **¿En la noche anterior se quedó en la calle, Refujio de Emegencia or Refugio seguro?** |  Sí No | |
| **Si la respuesta es Sí. Responda a las 3 siguientes preguntas:** | | |
| Fecha aproximada en la que la situación de pérdida de vivienda inició : | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_[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 /Violencia Doméstica** | | |
| **¿Tiene una condición de discapacidad?** |  Si  No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| ***Si su respuesta fue si, por favor complete las siguientes preguntas para cada discapacidad*** | | |
| **Discapacidad física**  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | ¿Condición? ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Discapacidad del Desarrollo** |  Sí  No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Condición de salud crónica**  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | ¿Condición? ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **VIH/SDIA positivo** |  Sí  No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Problema de salud mental**  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | ¿Condición? ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Abuso de Sustancias**  No   Abuso de el Alcohol  Abuso de las Drogas  Abuso de Ambos, Drogas y de Alcohol  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | ¿Condición? ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **¿Es sobreviviente de violencia doméstica o de pareja?**  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja  ¿Cuándo ocurrió esta  experiencia? |  En los últimos tres meses   Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses)  Hace seis a doce meses (excluyendo exactamente un año) Hace más de un año  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **¿Esta actualmente huyendo?** |  Sí  No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ingreso en efectivo del indoviduo** | |
| **Ingreso de cualquier fuente** | Sí No Cliente no sabe Cliente se rehúsa |
|  Ingreso Ganado $   Seguro de Desempleo $   Compensación de Trabajador $   Seguro de Discapacidad Privado $   Compensación por discapacidad relacionada con servicios de VA $   Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)  $ |  Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) $   Ingreso de Jubilación del Seguro Social $   Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA$   Pensión o Ingreso de Jubilación de un antiguo empleo $   Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) $   Asistencia General (GA) $   Manutención Conyugal $   Manutención Infantil $   Otro Ingreso en Efectivo $  Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Total ingreso en efectivo del indoviduo** | **TOTAL**: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Beneficios no monetarios** | |
| **Recibe beneficios no monetarios** | Sí No Cliente no sabe Cliente se rehúsa |
|  Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)   Programa Nutrición Suplementario Especial para mujeres y niños (WIC)   Servicios de Cuidado Infantil de TANF |  Servicios de Transoprte de TANF   Otros servicios financiados por TANF   Otro Beneficios no Monetarios  Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Seguro de salud** | |
| **¿Tiene usted seguro de salud?** | Sí No Cliente no sabe Cliente se rehúsa |
|  Medicaid   Medicare   Seguro de Salud Infantil Estatal   Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)   Seguro de Salud suministrado por el empleador |  Seguro obtenido a través de COBRA  Seguro de Salud Privado  Seguro de Salud Estatal para Adultos   Programa de Servicio de Salud Indígena   Otro Seguro de Salud  Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacion de empleo** | | |
| **Tiene empleo** |  Sí   No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Si la respuesta es sí, qué tipo de empleo** |  Tiempo completo   Tiempo parcial   Estacional/Esporádico (también trabajo por día) | |
| **Si la respuesta es No, porqué sin empleo** |  buscando empleo   No puede trabajar   No busca empleo |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Último grado completado** | | |
| **Último grado completado** |  Inferior a grado 5 Grado 5-6 Grado 7-8 Grado 9-11 Grado 12/ High school diploma  Programa escolar no tiene grados | GED  Algunos estudios  Diplomado  Licenciatura  Maestría  Certificación vocacional  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos de contacto** [Opcional – Pueden ser anotados en la pestaña de localización ] | | | |
| **Teléfono** |  | | |
| **Correo Electrónico** |  | | |
| **Dirección actual (solo si es aplicable)** |  | | |
| **Ciudad** |  | | |
| **Estado** |  |  | **Código postal** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas adicionales 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 |
| **Teléfono móvil (** Cabeza del Hogar) |  | | |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Dirección de correo electrónico  (** Cabeza del Hogar) |  | | |  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 |