

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

## Actualización del sistema HMIS a NCS FEMA

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.

### 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

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)	\$ _____	____ / ____ / ____
<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:**

**Trastorno por el uso 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

**Trastorno por el uso de ambos 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Trastorno por el uso 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Trastorno 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)

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)

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

¿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

¿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

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

Sí  No  El cliente no sabe  El cliente se negó

Detalles de ubicación:

## Solamente Proyectos de Vivienda Permanente

### Bienestar

**El cliente percibe que su vida tiene valor y vale la pena.**

Totalmente en desacuerdo |  Algo en desacuerdo |  Ni de acuerdo ni en desacuerdo |  
 Parcialmente de acuerdo |  Totalmente de acuerdo |  El cliente no sabe |  El cliente se negó

**El cliente percibe que cuenta con el apoyo de otros que escucharán sus problemas.**

Totalmente en desacuerdo |  Algo en desacuerdo |  Ni de acuerdo ni en desacuerdo |  Parcialmente de acuerdo |  Totalmente de acuerdo |  El cliente no sabe |  El cliente se negó

**El cliente percibe que tiene una tendencia a recuperarse después de tiempos difíciles.**

Totalmente en desacuerdo |  Algo en desacuerdo |  Ni de acuerdo ni en desacuerdo |  
 Parcialmente de acuerdo |  Totalmente de acuerdo |  El cliente no sabe |  El cliente se negó

**La frecuencia del cliente de sentirse nervioso, tenso, preocupado, frustrado o asustado**  Para nada |  Una vez al mes |  Varias veces al mes |  Varias veces a la semana |  Por lo menos todos los días |  El cliente no sabe |  El cliente se negó

### Asistencia para seguir adelante:

- Asistencia para la solicitud de vivienda subsidiada  
 Asistencia financiera para seguir adelante (por ejemplo, depósito de seguridad, gastos de mudanza)  
 Asistencia no financiera para seguir adelante (por ejemplo, navegación de vivienda, apoyo de transición)  
 Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_

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

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