

N. ° HMIS _____

Nombre del gerente de cuidado: _____

Fecha de ingreso al proyecto: ____ / ____ / ____

Salida 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: _____

(El número debe reflejar el número total de adultos en el hogar que necesitarán ser alojados permanentemente a la salida del proyecto NCS)

Número total de niños en el hogar: _____

(los números deben reflejar el número total de niños en el hogar que necesitarán ser alojados permanentemente a la salida del proyecto NCS)

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

Razón para irse / Destino

Razón para irse

- Programa completado
- Actividad criminal / violencia
- Muerte
- Desacuerdo con las reglas / personas
- Se fue por otra oportunidad de vivienda antes de completar el programa
- No se pudieron satisfacer las necesidades.
- Incumplimiento del programa
- Falta de pago del alquiler
- Otro
- Tiempo máximo alcanzado permitido
- Desconocido / Desaparecido

Destino

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)
- Quedandose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo tenencia temporal (HUD) | Quedandose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia tenencia temporal (HUD)
- Quedandose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo tenencia permanente (HUD) | Quedandose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia tenencia permanente (HUD)
- Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA (PH) (HUD) | Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA (TH) (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

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)	\$ _____	____ / ____ / ____

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)	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 (si lo hay)	
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Empleador proporcionado
<input type="checkbox"/> Medicare	<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"/> Programa de servicios de salud para indios
<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: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

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

Invalidez (continuado)

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

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

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)

Estado de salud general

Excelente | Muy bien | Bien | Justa | Pobre | El cliente no sabe | El cliente se negó

- 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 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:

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

Estado de salud general

Excelente | Muy bien | Bien | Justa | Pobre | 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