Formulario de Ingreso de Servicios de Vivienda

Para los programas de alcance comunitario o "outreach"

Por favor, describa la situación actual de vivienda de la familia (o individuo):

En este punto, debe crear una entrada en blanco para su programa de alcance en el expediente del cliente dentro del sistema HMIS.

Numero de HMIS de la jefe de familia:		**Miembros adicionales:**	

Una vez que el cliente haya expresado su interés en explorar opciones de vivienda con usted, por favor registre su **Fecha de Encuentro:**	

Llegados a este punto, usted deberá formular todas las preguntas siguientes al Jefe del Hogar y a los demás miembros de la familia. Posteriormente, utilizará dicha información para completar el registro en los expedientes de los clientes dentro del sistema HMIS.

Jefe de familia	**Miembros adicionales**
Nombre:	**Nombre:**
¿Necesita un intérprete para comunicar al inglés? ☐Si ☐No Si la respuesta es "Sí", ¿necesita un intérprete en cuál idioma?	**¿Necesita un intérprete para comunicar al inglés?** ☐Si ☐No Si la respuesta es "Sí", ¿necesita un intérprete en cuál idioma?
Fecha de nacimiento:	**Fecha de nacimiento:**
Los cuatro dígitos finales de su Seguro Social *(opcional)*:	**Los cuatro dígitos finales de su Seguro Social** *(opcional)*:
Identidad étnica y racial *(Elige todos los que se aplican)*: ☐ Indígena americano, Nativo de Alaska o Pueblos Indígenas ☐ Asiático o Asiático-americano ☐ Afroamericano o Africano ☐ Hispana/o/Latina/o/e ☐ Origen de medio oriente o del norte de África ☐ Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico ☐ Blanca/o	**Identidad étnica y racial** *(Elige todos los que se aplican)*: ☐ Indígena americano, Nativo de Alaska o Pueblos Indígenas ☐ Asiático o Asiático-americano ☐ Afroamericano o Africano ☐ Hispana/o/Latina/o/e ☐ Origen de medio oriente o del norte de África ☐ Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico ☐ Blanca/o

☐ Otras: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar	☐ Otras: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar
Genero (Elige todos los que se aplican)**:** ☐ Mujer (o niña) ☐ Hombre (o niño) ☐ Identidad culturalmente especifica (ej. Dos espíritus) ☐ Transgénero ☐ Nobinario ☐ Cuestionando ☐ Identidad diferente: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar	**Genero** (Elige todos los que se aplican)**:** ☐ Mujer (o niña) ☐ Hombre (o niño) ☐ Identidad culturalmente especifica (ej. Dos espíritus) ☐ Transgénero ☐ Nobinario ☐ Cuestionando ☐ Identidad diferente: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar
Orientación sexual (Elige todos los que se aplican)**:** ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Cuestionando ☐ Otra: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar	**Orientación sexual** (Elige todos los que se aplican)**:** ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Cuestionando ☐ Otra: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar
¿Está trabajando con un programa de Gestión de Casos Intensiva como ACT? (Si no está seguro, elige "No") ☐ Si ☐ No	**¿Está trabajando con un programa de Gestión de Casos Intensiva como ACT? (Si no está seguro, elige "No")** ☐ Si ☐ No
¿Tiene seguro de salud? ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué seguro tiene?** ☐ MEDICAID (o OHP) ☐ MEDICARE ☐ Veteran's Health Administration (VHA) ☐ Seguro proporcionado por su empleador ☐ COBRA ☐ Seguro privado ☐ Servicios de Salud para los Indígenas ☐ Otro: _____	**¿Tiene seguro de salud?** ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué seguro tiene?** ☐ MEDICAID (o OHP) ☐ MEDICARE ☐ Veteran's Health Administration (VHA) ☐ Seguro proporcionado por su empleador ☐ COBRA ☐ Seguro privado ☐ Servicios de Salud para los Indígenas ☐ Otro: _____
¿Presenta alguna de las siguientes condiciones?	**¿Presenta alguna de las siguientes condiciones?**

☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de condiciones tiene?** ☐ Alcoholismo ☐ Adición a las drogas ☐ Discapacidad de desarrollo ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad de salud mental ☐ Discapacidad física ☐ Condición crónica	☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de condiciones tiene?** ☐ Alcoholismo ☐ Adición a las drogas ☐ Discapacidad de desarrollo ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad de salud mental ☐ Discapacidad física ☐ Condición crónica
¿Tiene Ingresos Mensuales? ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de ingresos tiene?** ☐ Pensión conyugal: $_____ ☐ Manutención de Menores: $_____ ☐ Salario: $_____ ☐ Asistencia pública: $_____ ☐ Pensión: $_____ ☐ Seguro privado de discapacidad: $_____ ☐ Pensión de Seguro Social: $_____ ☐ SSDI: $_____ ☐ SSI: $_____ ☐ TANF: $_____ ☐ Seguro de desempleo: $_____ ☐ VA pensión no relacionada con servicio militar: $_____ ☐ VA compensación relacionada con servicio militar: $_____ ☐ Otro: $_____	**¿Tiene Ingresos Mensuales?** ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de ingresos tiene?** ☐ Pensión conyugal: $_____ ☐ Manutención de Menores: $_____ ☐ Salario: $_____ ☐ Asistencia pública: $_____ ☐ Pensión: $_____ ☐ Seguro privado de discapacidad: $_____ ☐ Pensión de Seguro Social: $_____ ☐ SSDI: $_____ ☐ SSI: $_____ ☐ TANF: $_____ ☐ Seguro de desempleo: $_____ ☐ VA pensión no relacionada con servicio militar: $_____ ☐ VA compensación relacionada con servicio militar: $_____ ☐ Otro: $_____
¿Beneficios no monetarios? ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de beneficios tiene?** ☐ Vales de comida/SNAP ☐ WIC (Programa Especial de Nutrición) ☐ TANF vales de cuidado infantil ☐ TANF vales de transportación ☐ Otro	**¿Beneficios no monetarios?** ☐ Si ☐ No sé ☐ No ☐ Prefiero no contestar **Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de beneficios tiene?** ☐ Vales de comida/SNAP ☐ WIC (Programa Especial de Nutrición) ☐ TANF vales de cuidado infantil ☐ TANF vales de transportación ☐ Otro

Historial de Vivienda *(Complete esta sección para el jefe de familia. Si el historial de vivienda de otros adultos miembros del hogar difiere, complete esta sección para cada uno de ellos.)*

¿Dónde durmió anoche? (Por ejemplo: residencia propia, refugio, en la calle, casa de un amigo)

¿Desde cuándo se encuentra en esta situación?

¿Se le han entregado a usted documentos de desalojo y tiene que irse en un plazo de 14 días?
☐ Si ☐ No sé
☐ No ☐ Prefiero no contestar

¿Alguna vez ha tenido que quedarse afuera, en un carro, o en algún lugar sin la electricidad o agua?
☐ Si ☐ No sé
☐ No ☐ Prefiero no contestar

Si es así, ¿Cuántas noches ha experimentado la falta de vivienda (incluyendo la calle o un refugio) en los últimos tres años a partir de hoy?
☐ 0 ☐ 2 ☐ 4+
☐ 1 ☐ 3 ☐ Prefiero no contestar

Si es así, ¿Cuál es el número total de meses sin hogar en la calle, en Refugio de emergencia en los últimos tres años?
☐ 0 ☐ 5 ☐ 10
☐ 1 ☐ 6 ☐ 11
☐ 2 ☐ 7 ☐ 12
☐ 3 ☐ 8 ☐ 12+
☐ 4 ☐ 9 ☐ Prefiero no contestar

¿Cuál es el número total de meses que ha estado con familiar o amigos debido a la falta de vivienda en los últimos tres años?
☐ 0 ☐ 5 ☐ 10
☐ 1 ☐ 6 ☐ 11
☐ 2 ☐ 7 ☐ 12
☐ 3 ☐ 8 ☐ 12+
☐ 4 ☐ 9 ☐ Prefiero no contestar

En los últimos tres años, ¿cuántos meses en total ha vivido en una institución de atención pública como hospital, cárcel, Hogar de guarda, etc.?
☐ 0 ☐ 5 ☐ 10
☐ 1 ☐ 6 ☐ 11
☐ 2 ☐ 7 ☐ 12
☐ 3 ☐ 8 ☐ 12+
☐ 4 ☐ 9 ☐ Prefiero no contestar

¿Es sobreviviente de violencia doméstica?
☐ Si ☐ No sé
☐ No ☐ Prefiero no contestar

¿Si es así, cuándo ocurrió?
_____

Si es así, ¿está huyendo actualmente del abusador?
☐ Si ☐ No sé
☐ No ☐ Prefiero no contestar