Formulario de Ingreso de Servicios de Vivienda

Para los programas de alcance comunitario o "outreach"

Por favor, nota la fecha de la mudanza a la vivienda de la familia ("Housing Move-in Date" o "HMID"):

Fecha de mudanza: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Si la fecha de mudanza ocurrió antes de la fecha cuando se coleccionó la información abajo, póngala en la entrada de programa que haga usted en HMIS. Si la fecha de mudanza es después de la información abajo, hará un informe parcial ("interim update") en la entrada del programa en 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 ☐ Otras: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar	**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
Genero (Elige todos los que se aplican): ☐ Mujer (o niña) ☐ Hombre (o niño)	**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	☐ 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? ☐ 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	**¿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	☐ 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