

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

HMIS Exit Form SSVF RRH & HP

Identificación: *Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario*

Primer Nombre: _____ **Segundo Nombre:** _____

Apellido: _____ **Sufijo:** _____

Fecha de salida del proyecto: ____/____/____

Número de Seguro Social (SSN): ____-____-____

Fecha de Nacimiento (DOB): ____/____/____

Destinos

Situaciones sin hogar

- Lugar no destinado a habitación:
 Coche/camión/furgoneta RV Otro
- Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida
- Refugio seguro

Situación Institucional

- Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación

Vivienda Temporal

- Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar)
- Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar
- Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia
- Casa de Anfitrión (no en crisis)
- Quedarse o vivir con la familia, tenencia temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa)
- Quedarse o vivir con amigos, tenencia temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa)
- Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA TH

Vivienda Permanente

- Quedarse o vivir con la familia, tenencia permanente Quedarse o vivir con amigos, tenencia permanente
- Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA PH Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso
- Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso
- Tipo de subsidio:**
- Subsidio de vivienda GPD TIP Subsidio de vivienda VASH
- RRH o subsidio equivalente Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado)
- Unidad de Vivienda Pública Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso
- Vale de vivienda de emergencia Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP)
- Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) Vivienda de apoyo permanente
- Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar
- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso
- Propiedad del cliente, sin subsidio continuo

Entrevista de salida no completada Otro: _____ Fallecido

El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Seguro Médico

Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Fuentes de Seguro Médico (Marque todo lo que corresponda)

- Seguro médico privado Medicare
- MEDICAID Health Net (Medi-Cal)-Adultos
- Health Net (Medi-Cal)-Niños State Kaiser (Med-Cal)-Adultos
- State Kaiser (Medi-Cal)-Niños Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos
- Health Plan of San Joaquín (Medi-Cal)-Niños Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal)
- Administración de Salud de Veteranos (VHA) Seguro médico proporcionado por el empleador
- Seguro obtenido a través de COBRA Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal)
- Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS) Otro: _____

Conexión a SOAR		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Evaluación Financiera		
¿Tiene el cliente alguna fuente de ingresos? <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Fuente de Ingresos	Cantidad Mensual	
<input type="checkbox"/> Ingreso Ganado (salarios de empleo/en efectivo)	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	\$	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro Privado por Discapacidad	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de Compensación Laboral	\$	
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión o Ingreso de Jubilación de un trabajo	\$	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWorks)	\$	
<input type="checkbox"/> Asistencia General	\$	
<input type="checkbox"/> Jubilación (Seguro Social)	\$	
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia	\$	
<input type="checkbox"/> Otro Ingreso	\$	
¿Tiene el cliente beneficios no monetarios? <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Beneficios No Montetarios	Cantidad Mensual	
<input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños	\$	
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (CalFresh/SNAP)	\$	
<input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Infantil de TANF	\$	
<input type="checkbox"/> Servicios de Transporte de TANF	\$	
<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF	\$	
<input type="checkbox"/> Otra fuente	\$	
Evaluación de Empleo		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
En Caso Afirmativo, Tipo de Empleo		
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional/Esporádico (incluido cualquier jornalero)		
En caso negativo, ¿por qué no está empleado?		
<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo		
Evaluación Educativa		
Último grado completado		
<input type="checkbox"/> Escuela no completada <input type="checkbox"/> 5to grado o 6to grado <input type="checkbox"/> Décimo grado <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado <input type="checkbox"/> 7mo u octavo grado <input type="checkbox"/> 11.º grado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Desde Infantil hasta 4to Grado <input type="checkbox"/> Noveno grado <input type="checkbox"/> 12.º grado, sin diploma <input type="checkbox"/> Postsecundaria <input type="checkbox"/> Título asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de posgrado <input type="checkbox"/> Certificación Vocacional