

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

HMIS Intake and Enrollment Form

CoC/ESG/State & Private Funded

For persons entering HMIS project type: Emergency Shelter

Cientes que regresan: ¿A dónde fuiste/te alojaste la última vez que estuviste aquí?

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

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Sufijo: _____

Datos de calidad del nombre: ¿La clienta proporcionó su nombre completo?

- Nombre completo reportado Se reporta nombre parcial, de calle o de código
 El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Número de Seguro social (SSN): _____ - _____ - _____

- SSN completo reportado SSN aproximado o parcial reportado
 El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

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

- Fecha de nacimiento aproximada o parcial reportada Fecha de nacimiento complete reportada
 El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Demografía Básica - Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario

Raza y Etnicidad (Seleccione todo lo que aplique)

- Indio americano, nativo de Alaska, o indígena Asiático o asiático-americano
 Negro, afroamericano o africano Hispano/Latina/o
 Oriente Medio o Norte de África Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
 Blanco
 El cliente no sabe
 El cliente prefiere no contestar

Sexo

- Femenino
 Masculino
 El cliente no sabe
 El cliente prefiere no contestar

Estatus de veterano (¿Alguna vez ha servido en el ejército de los EE. UU.?)

- Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Dirección postal e información de contacto (incluye, entre otros, organizaciones de servicios, centros de acceso, refugios de emergencia, viviendas de transición, residencias de clientes)

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Email: _____

Teléfono principal: _____

Teléfono de mensaje: _____

Cabeza de Hogar: _____

Relación con la cabeza de hogar

- Sí mismo Hijo Hija Niño dependiente Cónyuge o pareja Otra relación familiar
 Otra: no relacionada

Fecha de Inicio del Proyecto: ____/____/____

Evaluación de Datos Universales	
Condición de Discapacidad	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Situación de vivienda: <i>Identifique el tipo de residencia y la duración de la estadía en esa residencia justo antes de la admisión al programa</i>	
1. ¿Cuál era la situación que vivía inmediatamente antes de ingresar al proyecto? (La noche anterior)	
Literalmente sin hogar	
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a habitación: <input type="checkbox"/> Coche/camión/furgoneta <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida <input type="checkbox"/> Refugio seguro	
Situación Institucional	
<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación	
Vivienda Temporal	
<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Casa de Anfitrión (no en crisis) <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo	
Vivienda Permanente	
<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso	
Tipo de subsidio:	
<input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> RRRH o subsidio equivalente <input type="checkbox"/> Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado) <input type="checkbox"/> Unidad de Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale de vivienda de emergencia <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar	
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio continuo	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
2. ¿Duración de la estancia en la situación de vivienda anterior?	
<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
3. Fecha aproximada en que comenzó este episodio de falta de vivienda: ___/___/_____	
4. Independientemente de dónde se quedó anoche, ¿cuántas veces el cliente ha estado en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro en los últimos tres años, incluido el día de hoy?	
<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres veces <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
5. Número total de meses viviendo en las calles, en refugios de emergencia, o refugio seguro en los últimos tres años	
<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> 2-12 meses (meses) <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <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 Monetarios	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	\$