

HMIS Intake and Enrollment Form

SSVF/RRH/HP

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

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: _____

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: _____/_____/_____

Fecha de Mudanza a la Vienda (*All PH/RRH Only*) _____/_____/_____

Evaluación de Datos Universales

Condición de Discapacidad

Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Percent of AMI 30% or less 31% to 50% 51% to 80% 81% or great

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	
Seguro Médico	
<input type="checkbox"/> Sí (Selecione fuente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Fuentes de seguro médico (Marque todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Seguro médico privado	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> MEDICAID	<input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Adultos
<input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Niños	<input type="checkbox"/> State Kaiser (Med-Cal)-Adultos
<input type="checkbox"/> State Kaiser (Medi-Cal)-Niños	<input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos
<input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquín (Medi-Cal)-Niños	<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal)
<input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (VHA)	<input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador
<input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA	<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal)
<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS)	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Información de Veterano	
Rama Militar	
<input type="checkbox"/> Ejército	<input type="checkbox"/> Fuerza Aérea
<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Cuerpo de Marines
<input type="checkbox"/> Guardia Costera	<input type="checkbox"/> Fuerza Espacial
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Estado de Alta	
<input type="checkbox"/> Honorable	<input type="checkbox"/> General en condiciones honorables
<input type="checkbox"/> Bajo condiciones que no sean honorables (OTH)	<input type="checkbox"/> Mala conducta
<input type="checkbox"/> Dishonroso	<input type="checkbox"/> No caracterizado
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Fechas del servicio militar	
Fecha de entrada al servicio: ____/____/____	
Fecha de salida del servicio: ____/____/____	
Teatro de Operaciones	
<input type="checkbox"/> Segunda Guerra Mundial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Guerra de Vietnam	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Guerra del Golfo Pérsico (Tormenta del Desierto)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Afganistán (La operación Libertad Duradera)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Irak (Operación Libertad Iraquí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Irak (Operación Nuevo Amanecer)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Otras operaciones de preservación de la paz o intervenciones militares (como el Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Guerra de Corea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Conexión con SOAR	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	

Sobreviviente de Violencia Doméstica	
Experiencia de violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Sí <i>(Responda las preguntas a continuación)</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
¿Cuándo ocurrió la experiencia?	
<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses atrás <i>(excluyendo exactamente 6 meses)</i> <input type="checkbox"/> De 6 meses a un año <i>(excluyendo exactamente 1 año)</i> <input type="checkbox"/> Hace un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
En caso afirmativo, ¿estás huyendo?	
<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	
¿La clienta tiene 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	\$
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"/> El programa escolar no tiene niveles de grado	<input type="checkbox"/> Desde Infantil hasta 4to Grado
<input type="checkbox"/> 5to grado o 6to grado	<input type="checkbox"/> 7mo u octavo grado	<input type="checkbox"/> Noveno grado
<input type="checkbox"/> Décimo grado	<input type="checkbox"/> 11.º grado	<input type="checkbox"/> 12.º grado, sin diploma
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Postsecundaria
		<input type="checkbox"/> Grado asociado
		<input type="checkbox"/> Licenciatura
		<input type="checkbox"/> Maestría
		<input type="checkbox"/> Doctorado
		<input type="checkbox"/> Otro título de posgrado
		<input type="checkbox"/> Certificación Vocacional
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Criterios de orientación de HP: solo para la prevención de personas sin hogar (HP) (HoH Only)		
¿Se requiere un evaluador dirigido a la Prevención de las personas sin hogar?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Se espera pérdida de viviendas dentro de...		
<input type="checkbox"/> 1-6 días	<input type="checkbox"/> 7-13 días	<input type="checkbox"/> 14-21 días
		<input type="checkbox"/> Más de 21 días
Ingresos actuales del hogar		
<input type="checkbox"/> \$0 (i.e., not employed, not receiving cash benefits, no other current income)	<input type="checkbox"/> 1-14% of Area Median Income (AMI) for household size	
<input type="checkbox"/> 15-30% of AMI for household size	<input type="checkbox"/> More than 30% of AMI for household size	
Experiencia pasada de falta de vivienda (calle/refugio/vivienda de transición) (cualquier adulto)		
<input type="checkbox"/> El episodio más reciente ocurrió en el último año	<input type="checkbox"/> El episodio más reciente ocurrió hace más de un año.	
<input type="checkbox"/> Ninguno		
El jefe de familia no es un arrendatario/inquilino actual de la unidad		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Jefe de hogar nunca ha sido arrendatario / inquilino de unidad		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Actualmente en riesgo de perder un subsidio de vivienda basado en inquilinos o una vivienda en un edificio o unidad subsidiada (hogar)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Desalojos de alquiler en los últimos 7 años (cualquier adulto)		
<input type="checkbox"/> Sin desalojo previo de alquiler	<input type="checkbox"/> 1 desalojo de alquiler previo	<input type="checkbox"/> 2 o más desalojos de alquiler previos
Antecedentes penales por incendio provocado, tráfico o fabricación de drogas, o delito grave contra personas o bienes (cualquier adulto)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Encarcelado como adulto (cualquier adulto en el hogar)		
<input type="checkbox"/> No encarcelado	<input type="checkbox"/> Encarcelado una vez	<input type="checkbox"/> Encarcelado dos veces o más
Liberado de la cárcel o prisión dentro de los últimos seis meses después de un encarcelamiento de 90 días o más (adultos)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Delincuente sexual registrado (cualquier miembro del hogar)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Jefe de hogar con condición de discapacidad (salud física, salud mental, uso de sustancias) que afecta directamente la capacidad de conseguir/mantener una vivienda		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Algún miembro del hogar embarazada?		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Hogar soltero/tutor con hijos menores		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	

El hogar incluye uno o más niños pequeños (de seis años o menos), o un niño que requirió cuidados importantes	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El niño más pequeño tiene menos de 1 año <input type="checkbox"/> El niño más pequeño tiene entre 1 y 6 años y/o uno o más niños (de cualquier edad) requieren cuidados importantes	
Tamaño del hogar de 5 o más personas que requieren al menos 3 dormitorios (debido a la combinación de edad y género)	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
El hogar incluye uno o más miembros de una población sobrerrepresentada en el sistema de personas sin hogar en comparación con la población general.	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
HP applicant total points	(HMIS generates score)
Grantee targeting threshold score	Enter Score: _____

SSVF Services				
Date of Service: ____/____/____				
Assistance Obtaining VA Benefits				
<input type="checkbox"/> Educational Assistance <input type="checkbox"/> Employment and Training Services <input type="checkbox"/> Healthcare Services <input type="checkbox"/> VA vocational and rehabilitation counseling				
Assistance obtaining/coordinating other public benefits				
<input type="checkbox"/> Childcare <input type="checkbox"/> Daily living services <input type="checkbox"/> Fiduciary and representative payee services <input type="checkbox"/> Health care services <input type="checkbox"/> Housing counseling <input type="checkbox"/> Income support services <input type="checkbox"/> Legal services-child support <input type="checkbox"/> Legal services- eviction prevention <input type="checkbox"/> Legal services-other: <input type="checkbox"/> Legal services-outstanding fines and penalties <input type="checkbox"/> Legal services-restore/acquire driver's license <input type="checkbox"/> Personal financial planning services <input type="checkbox"/> Transportation services				
Direct provision of other public benefits				
<input type="checkbox"/> Childcare <input type="checkbox"/> Fiduciary and representative payee services <input type="checkbox"/> Housing counseling <input type="checkbox"/> Income support services <input type="checkbox"/> Legal services-child support <input type="checkbox"/> Legal services- eviction prevention <input type="checkbox"/> Legal services-other _____ <input type="checkbox"/> Legal services-outstanding fines and penalties <input type="checkbox"/> Legal services-restore/acquire driver's license <input type="checkbox"/> Personal financial planning services <input type="checkbox"/> Transportation services				
SSVF Financial Assistance				
Information Date:		Start Date	End Date	Amount
<input type="checkbox"/> Childcare				\$
<input type="checkbox"/> Emergency housing assistance				\$
<input type="checkbox"/> General housing stability asst emergency supplies				\$
<input type="checkbox"/> General housing stability asst other				\$
<input type="checkbox"/> Moving costs				\$
<input type="checkbox"/> Rental assistance				\$
<input type="checkbox"/> Security deposit				\$
<input type="checkbox"/> Transportation services: tokens/vouchers				\$
<input type="checkbox"/> Transportation services: vehicle repair/maintenance				\$
<input type="checkbox"/> Utility deposit				\$
<input type="checkbox"/> Utility fee payment assistance				\$
Other (non-TFA) supportive service approved by VA				
Please specify: _____				
SSVF Services Provided				
<input type="checkbox"/> Case Management				
<input type="checkbox"/> Outreach				