

HMIS Intake and Enrollment Form

SSVF/RRH/HP

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

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

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

Apellido: _____ **Sufijo:** _____

Datos de calidad del nombre	Número de seguro social (SSN)	Fecha de nacimiento (DOB)
¿La clienta proporcionó su nombre completo?	_____-_____-_____-	_____/_____/_____-
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado <input type="checkbox"/> Se reporta nombre parcial, de calle o de código <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> SSN completo reportado <input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial reportado <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento aproximada o parcial reportada <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento complete reportada <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> 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** - una persona que se identifica con cualquiera de los pueblos originales del norte, centro y Sudamérica. Ex. incluyen, entre otros, la Nación Navajo, la Tribu Pies Negros, los Mayas, los Aztecas, los Tinguito, etc.
 - Asiático o asiático-americano** - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios del este de Asia, El sudeste asiático o el subcontinente indio. Ex. incluyen, entre otros, chinos, indios, japoneses, coreanos, paquistaníes, vietnamita, u otra nación/región representativa.
 - Negro, afroamericano o africano** - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de cualquiera de los grupos raciales negros de África, incluidos los afrocaribeños. Ex. incluyen, entre otros, afroamericanos, jamaicanos, haitianos, nigerianos, etíopes, y somalíes.
 - Hispano/Latina/e/o** - Una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de México, Puerto Rico, Cuba, Centro y Sudamérica y otras culturas españolas. Ex. incluyen, entre otros, mexicanos o mexicoamericanos, puertorriqueños, cubana, salvadoreña, dominicana, y colombiana.
 - Oriente Medio o Norte de África** - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos con orígenes en el Medio Oriente y Norte de África. Ex. incluyen, entre otros, libaneses, iraníes, egipcios, sirios, marroquíes, e israelíes.
 - Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico** - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de Hawái, Guam, Samoa, u otra isla del Pacífico.
 - Blanco** - persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de Europa. Ex. incluyen, pero no son limitado a alemán, irlandés, polaco, inglés, francés, y noruego.
 - El cliente no sabe**
 - El cliente prefiere no contestar**
- Detalles adicionales de raza y origen étnico:** _____

Género (*Seleccione todo lo que aplique*) **¿El cliente autoriza la actualización en HMIS si el género es diferente?** Sí No

- Mujer** (niña si es niña): el cliente se identifica como mujer o niña en el caso de un niño menor de 18 años.
- Hombre** (niño si es niño): el cliente se identifica como hombre o niño en el caso de un niño menor de 18 años.
- Identidad culturalmente específica** (por ejemplo, dos espíritus): el cliente se identifica con una identidad que es exclusiva de una cultura en particular. Por ejemplo, Two-Spirit se refiere a una identidad de género nativa de América del Norte.
- Transgénero:** el cliente se identifica con una historia, experiencia o identidad transgénero.
- No binario:** el cliente no se identifica exclusivamente como hombre o mujer
- Cuestionamiento:** Cliente que puede no estar seguro, puede estar explorando o no puede identificarse o identificarse con una identidad de género en este momento. Tenga en cuenta que "El cliente no sabe" es diferente de "Preguntar". "Cuestionar" consiste en explorar la propia identidad de género". 'Cliente no sabe' solo debe seleccionarse cuando un cliente no conoce su género entre las opciones disponibles.
- Identidad diferente** (especifique): _____
- 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			
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Otra relación familiar <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
Percent of AMI		<input type="checkbox"/> 30% or less <input type="checkbox"/> 31% to 50% <input type="checkbox"/> 51% to 80% <input type="checkbox"/> 81% or great	
Número de la Estación VAMC		<input type="checkbox"/> 612 N. California <input type="checkbox"/> Other	
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	Situación Institucional	Vivienda Temporal	Vivienda Permanente
<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 <i>*If selection made, continue to questions 2, 3-5</i>	<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 psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación <i>*If selection made, continue to question 1a</i>	<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 <i>*If selection made, continue to question 1b</i>	<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"/> RRH 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 <i>*If selection made, continue to question 1b</i>
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe		<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	

1a. ¿Se quedó menos de 90 días? (*Pertains to Institutional Situation)	
<input type="checkbox"/> Sí (Continue to questions 2-2a)	<input type="checkbox"/> No (Continue to question 2, then to Health Insurance)
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
1b. ¿Se quedó menos de 7 noches? (*Pertains to Transitional & Permanent Housing Situations)	
<input type="checkbox"/> Sí (Continue to questions 2-2a)	<input type="checkbox"/> No (Continue to question 2, then to Health Insurance)
<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
2a. ¿La noche anterior se quedó en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro?	
<input type="checkbox"/> Sí (Continue to questions 3-5)	<input type="checkbox"/> No (Continue to Health Insurance)
<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	
Seguro Médico	
<input type="checkbox"/> Sí (Seleccione 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"/> 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"/> Deshonroso	<input type="checkbox"/> No caracterizado
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Año de Ingreso al Servicio Militar: ____/____/____	
Año de Separación del Servicio Militar: ____/____/____	

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 clientela 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"/> Título asociado
		<input type="checkbox"/> Licenciatura
		<input type="checkbox"/> 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"/> 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	
SSVF Services Provided	Date of Service: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Outreach	
<input type="checkbox"/> Case Management	
<input type="checkbox"/> Shallow Subsidy	
<input type="checkbox"/> Returning Home	
<input type="checkbox"/> Rapid Resolution	
<input type="checkbox"/> Assistance obtaining/coordinating other public benefits	
<input type="checkbox"/> Health care services <input type="checkbox"/> Personal financial planning services <input type="checkbox"/> Income support services <input type="checkbox"/> Legal services-child support <input type="checkbox"/> Legal services-outstanding fines and penalties <input type="checkbox"/> Legal services-other: _____ <input type="checkbox"/> Housing counseling	<input type="checkbox"/> Daily living services <input type="checkbox"/> Transportation services <input type="checkbox"/> Fiduciary and representative payee services <input type="checkbox"/> Legal services- eviction prevention <input type="checkbox"/> Legal services-restore/acquire driver's license <input type="checkbox"/> Child care
<input type="checkbox"/> Direct provision of other public benefits	
<input type="checkbox"/> Personal financial planning services <input type="checkbox"/> Income support services <input type="checkbox"/> Legal services-child support <input type="checkbox"/> Legal services-outstanding fines and penalties <input type="checkbox"/> Legal services-other _____ <input type="checkbox"/> Housing counseling	<input type="checkbox"/> Transportation services <input type="checkbox"/> Fiduciary and representative payee services <input type="checkbox"/> Legal services- eviction prevention <input type="checkbox"/> Legal services-restore/acquire driver's license <input type="checkbox"/> Child care
<input type="checkbox"/> Other (non-TFA) supportive service approved by VA	
Please specify: _____	
Financial Assistance (VA SSVF)	
Start Date of Financial Assistance:	____/____/____
End Date of Financial Assistance:	____/____/____
Financial Assistance Type	Amount
<input type="checkbox"/> Rental Assistance	\$
<input type="checkbox"/> Security Deposit	\$
<input type="checkbox"/> Utility Deposit	\$
<input type="checkbox"/> Utility fee payment assistance	\$
<input type="checkbox"/> Moving Costs	\$
<input type="checkbox"/> Transportation services: Tokens/Vouchers	\$
<input type="checkbox"/> Transportation services: Vehicle repair/maintenance	\$
<input type="checkbox"/> Child care	\$
<input type="checkbox"/> General housing stability assistance	\$
<input type="checkbox"/> Emergency housing assistance	\$
<input type="checkbox"/> Shallow subsidy financial assistance	\$
<input type="checkbox"/> Food assistance	\$
<input type="checkbox"/> Landlord Incentive	\$
<input type="checkbox"/> Tenant Incentive	\$