

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

HMIS Triage Assessment

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

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

Apellido: _____ **Sufijo:** _____

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

Evaluación de Triage

¿Ubicación de la evaluación?

¿Tipo de evaluación?

Stanislaus Community System of Care

Teléfono Virtual En persona

Fecha de Información: ____/____/____

Punto de recogida de evaluación de triaje

Entrada Actualización Salida

Situación de Vida Actual

1. Situación de vivienda

Literalmente 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

**If selection made, continue to Contact Service*

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

**If selection made, continue to question 2*

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

Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia

Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo

**If selection made, continue to question 2*

Vivienda Permanente

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

Otra vivienda permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar

Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso

Propiedad del cliente, sin subsidio continuo

**If selection made, continue to question 2*

Otro: _____

El cliente no sabe

El cliente prefiere no contestar

2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?	
<input type="checkbox"/> Si (<i>Continue to questions 3-6</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Continue to Contact Service</i>) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
4. ¿Tiene el cliente o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
5. ¿Ha tenido el cliente un contrato de arrendamiento o propiedad sobre una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
6. ¿El cliente se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Información de servicio de contacto	
Servicio de Contacto: <input type="checkbox"/> Gestión de caso	Geolocalización: <input type="checkbox"/> (Reminder to check box in HMIS)
Preguntas Adicionales	
1a. ¿Hay violencia o conflicto en el lugar donde se quedó anoche?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1b. ¿Está en riesgo su salud o seguridad en el lugar donde se quedó anoche?	
<input type="checkbox"/> Si (<i>continue to 1c</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Prioritization Status</i>) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1c. ¿Tiene otro lugar a dónde ir?	
<input type="checkbox"/> Si (<i>continue to 1d</i>) <input type="checkbox"/> No, Es probable que se necesite una intervención especial. If DV may not be able to use HMIS (<i>comment</i>): _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1d. ¿Cuánto tiempo podría quedarse?	
<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año <input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Prioritization Status:	<input type="checkbox"/> Placed on prioritization list <input type="checkbox"/> Not placed on prioritization list