

HMIS Intake and Enrollment Form RHY

For persons entering HMIS project type: **RHY**

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

Embarazo Sí *(Due Date: __/__/__) No 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: ____/____/____

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 <i>*If selection made, continue to question 2, 3-5</i>	
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 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>	
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 <i>*If selection made, continue to question 1b</i>	
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"/> 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 (<i>Continue to questions 2-2a</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Continue to question 2, then to Health Insurance</i>) <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 (<i>Continue to questions 2-2a</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Continue to question 2, then to Health Insurance</i>) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Client prefers not to answer	
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 (<i>Continue to questions 3-5</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Continue to Health Insurance</i>) <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 (<input type="text" value=""/> 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: _____	
BCP Status: (BCP Only)		
Fecha de Determinación: ____/____/____		
¿El joven es elegible para los servicios RHY?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo (seleccione las opciones a continuación)		
¿Es el joven un fugitivo?		
<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 negativo (motivo por el cual los servicios no están financiados por la subvención del BCP)		
<input type="checkbox"/> Fuera del rango de edad		
<input type="checkbox"/> Tutela del Estado (Reunificación Inmediata)		
<input type="checkbox"/> Tutela del Sistema de Justicia Penal (Reunificación Inmediata)		
<input type="checkbox"/> Otro		
Barreras (Marque todas las que correspondan)		
¿Se espera que la barrera dure mucho tiempo o sea indefinida? ¿Impide sustancialmente la disponibilidad del cliente para vivir de forma independiente? y podría mejorarse mediante la provisión de viviendas adecuadas?		
	Barrera Presente	La condición es indefinida
<input type="checkbox"/> Trastorno del Alcohol	<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Condición de Salud Crónica	<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo	<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"/> Trastorno por consumo de drogas	<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental	<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Discapacidad Física	<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"/> 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	
¿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	\$
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"/> Seasonal/Sporadic (including any day labor)	
En caso negativo, ¿por qué no está empleado?	
<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar <input type="checkbox"/> No esta 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"/> GED <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"/> 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 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"/> Diploma de escuela secundaria
Estado Escolar		
<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela regularmente <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Abandonado la escuela <input type="checkbox"/> Expulsado	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela irregularmente <input type="checkbox"/> Obtuvo el GED <input type="checkbox"/> Suspendido <input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Evaluación de Salud		
Estado de Salud General		
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Estado de Salud Dental		
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Estado de Salud Mental		
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Estado de Embarazo		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
RHY Entry Assessment		
Recursos de Referencia		
<input type="checkbox"/> Autorreferencia <input type="checkbox"/> Individuo/Padre/Tutor/Pariente/Amigo/Padre de crianza/Otro individuo <input type="checkbox"/> Programa de Extensión Número de veces que los agentes de extensión se acercaron antes de ek proyecto: _____ <input type="checkbox"/> Refugio Temporal <input type="checkbox"/> Refugio Residencial <input type="checkbox"/> Línea Directa <input type="checkbox"/> Bienestar Infantil/CPS <input type="checkbox"/> Justicia Juvenil <input type="checkbox"/> Cumplimiento de la Ley/Policia <input type="checkbox"/> Hospital Mental <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otra organización <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Cuestiones Críticas de Familia		Status
Desempleo-Miembro de la familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de salud mental-Miembro de la familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Discapacidad Física-Miembro de la Familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno por consumo de alcohol o sustancias-Miembro de la familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos insuficientes para sustentar al joven-Miembro de la familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Padre o madre encarcelado del joven		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Formalmente un Pupilo de:		
Sistema	Número de años	Si es menos de un año (número de meses)
Sistema de justicia juvenil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 3 a 5 años o más	_____
<input type="checkbox"/> Agencia de bienestar infantil/cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 3 a 5 años o más	_____