

代理機構名稱：_____



CLARITY HMIS：HUD-CoC 計畫退出表

請用英文大寫字母填寫，並在適當的圓圈內標出答案。

請為每位家庭成員單獨填寫一份表格。

服務對象姓名或識別代號：_____

退出計畫日期 [所有服務對象]

		-			-						
月		日		年							

目的地 [所有服務對象]

☐ 非居住場所（如車輛、廢棄建築、公共汽車/火車/地鐵站/機場或任何室外場所）	☐ 從一個 HOPWA 注資項目轉到 HOPWA TH
☐ 緊急庇護所，包括使用緊急庇護憑證支付費用的旅館或汽車旅館，或寄宿家庭庇護所	☐ 與家人同住或一起生活，長期居住
☐ 安全庇護所 (Safe Haven)	☐ 與朋友同住或一起生活，長期居住
☐ 寄養家庭或寄養兒童之家	☐ 從一個 HOPWA 注資項目轉到 HOPWA PH
☐ 醫院或其他非精神科住院醫療機構	☐ 由服務對象租用，無持續住房補貼
☐ 牢房、監獄或青少年拘留所	☐ 由服務對象租用，有持續住房補貼
☐ 長期護理機構或養老院	☐ 由服務對象持有，有持續住房補貼
☐ 精神病院或其他精神疾病治療機構	☐ 由服務對象持有，無持續住房補貼
☐ 藥物濫用治療機構或戒毒中心	☐ 沒有參與退出計畫前的訪談
☐ 為無家可歸者（包括無家可歸青少年）提供過渡性住房	☐ 其他
☐ 無家可歸者標準的居住項目或過渡住所	☐ 去世
☐ 在沒有緊急避難所憑證的情況下支付酒店或汽車旅館費用	☐ 服務對象不知道
☐ 寄宿家庭（非危機）	☐ 服務對象不願回答
☐ 與家人同住或一起生活，臨時居住（如房間、公寓或房子）	☐ 未收集此資料
☐ 與朋友同住或一起生活，臨時居住（如房間、公寓或房子）	

如果「由服務對象租用，有持續住房補貼」，請註明：

☐ GDP TIP 住房補貼	☐ 應急住房憑證（EHV）
☐ VASH 住房補貼	☐ 家庭團聚計畫憑證（FUP）

☐ 退休人員住房（RRH）或同等補貼	☐ 寄養青少年自立倡議（FYI）
☐ HCV 憑證（基於租戶或項目）（非專用）	☐ 永久支援性住房
☐ 公共住房單元	☐ 專門為之前無家可歸者提供的其他永久性住房
☐ 由服務對象租用，有其他持續住房補貼	

退出時的住房評估 [僅限於預防無家可歸]

☐ 能夠維持項目開始時的住房條件	☐ 服務對象無家可歸 -- 搬到避難所或其他不宜居住的地方
☐ 搬到新的住房單元	
☐ 與家人/朋友臨時同住	☐ 服務對象入獄/坐牢
	☐ 服務對象死亡
☐ 搬去與家人/朋友長期同住	☐ 服務對象不知道
	☐ 服務對象不願回答
☐ 遷入過渡性或臨時性住房設施或計劃	☐ 未收集此資料

如果「在項目開始時能夠維持住房」，則進行住房評估

補貼資訊

☐ 無補貼	☐ 自項目啟動以來一直獲得補貼
☐ 他們在項目開始時獲得了補貼	☐ 只有在獲得補貼以外的財政援助的情況下

如果是「搬到新的住房單元」，則進行住房評估

補貼資訊

☐ 有持續性的補貼	☐ 無持續性的補貼
-------------------------------	-------------------------------

在永久性住房中 [永久性住房項目，戶主]

☐ 否	☐ 是
-------------------------	-------------------------

如果「是」永久性住房

入住日期：（見註釋）*	*如果服務對象已搬入永久性住房，請確保在註冊介面上更新。
-------------	------------------------------

身體障礙 [所有服務對象]

☐ 無	☐ 服務對象不知道
-------------------------	-------------------------------

☐ 有		☐ 服務對象不願回答
		☐ 未收集此資料
如果「有」身體障礙，請註明		
預計疾病會長期持續，無法估計期限，並嚴重影響獨立生活的能力？	☐ 無	☐ 服務對象不知道
	☐ 有	☐ 服務對象不願回答
		☐ 未收集此資料

發育障礙 [所有服務對象]

☐ 無	☐ 服務對象不知道
☐ 有	☐ 服務對象不願回答
	☐ 未收集此資料

慢性疾病 [所有服務對象]

☐ 無	☐ 服務對象不知道	
☐ 有	☐ 服務對象不願回答	
	☐ 未收集此資料	
如果「是」慢性疾病，請註明		
預計疾病會長期持續，無法估計期限，並嚴重影響獨立生活的能力？	☐ 無	☐ 服務對象不知道
	☐ 有	☐ 服務對象不願回答
		☐ 未收集此資料

愛滋病病毒／愛滋病 [所有服務對象]

☐ 無	☐ 服務對象不知道
☐ 有	☐ 服務對象不願回答
	☐ 未收集此資料

精神疾病 [所有服務對象]

☐ 無	☐ 服務對象不知道	
☐ 有	☐ 服務對象不願回答	
	☐ 未收集此資料	
如果「是」精神疾病，請註明		
	☐ 無	☐ 服務對象不知道

預計疾病會長期持續，無法估計期限，並嚴重損害獨立生活的能力？	☐	是	☐	服務對象不願回答
			☐	未收集此資料

藥物濫用 [所有服務對象]

☐	無	☐	酒精和藥物雙重濫用	
☐	酒精成癮	☐	服務對象不知道	
		☐	服務對象不願回答	
☐	藥物濫用	☐	未收集此資料	
如果是「酒精成癮」、「藥物濫用」或「酒精和藥物雙重濫用」，請註明				
是否預期問題會長期持續，無法估計期限，並嚴重影響獨立生活的能力？	☐	否	☐	服務對象不知道
	☐	是	☐	服務對象不願回答

任何來源的收入 [戶主及成年的家庭成員]

☐	無	☐	服務對象不知道		
☐	有	☐	服務對象不願回答		
		☐	未收集此資料		
如果對來自任何來源的收入回答「是」，請註明所有適用的來源					
收入來源		金額	收入來源	金額	
☐	工作收入		☐	貧困家庭臨時救助（TANF）	
☐	失業保險		☐	普通救助（GA）	
☐	社會安全生活補助（SSI）		☐	社會保障退休收入	
☐	社會安全殘疾保險金（SSDI）		☐	退職養老金或退休收入	
☐	退伍軍人事務部因公傷殘慰助金		☐	子女撫養費	
☐	退伍軍人事務部非因公傷殘慰助金		☐	贍養費及來自配偶的其他資助	
☐	私人殘疾保險		☐	其他收入來源	
☐	工傷補償				
每月個人總收入：					

領取非現金福利 [戶主及成年的家庭成員]

☐	否	☐	服務對象不知道
☐	是	☐	服務對象不願回答
		☐	未收集此資料

如果「是」非現金福利，請註明所有適用的來源

☐	膳食補充援助計劃 (SNAP)	☐	TANF 託兒服務
☐	婦女、嬰兒和兒童特別膳食補充計劃 (WIC)	☐	TANF 運輸服務
☐	其他非現金福利	☐	由 TANF 資助的其他服務

享有醫療保險 [所有服務對象]

☐	無	☐	服務對象不知道
☐	有	☐	服務對象不願回答
		☐	未收集此資料

如果對醫療保險回答「是」，請提供醫療保險覆蓋詳情

☐	聯邦醫療補助金	☐	雇主提供的醫療保險
☐	聯邦醫療保險	☐	通過 COBRA 獲得的保險
☐	加州兒童健康保險 (SCHIP)	☐	私人醫療保險
☐	退伍軍人健康管理局 (VHA)	☐	加州成人醫療保險
☐	其他 (請註明)	☐	印第安人健康服務計劃

教育信息 [18 歲以上的所有服務對象]

最高學歷

☐	5 年級以下	☐	副學士 (大專) 學歷
☐	5-6 年級	☐	學士學位
☐	7-8 年級	☐	研究生 (碩博士) 學位
☐	9-11 年級	☐	職業技能證書
☐	12 年級/高中文憑	☐	服務對象不知道
☐	不分年級的學校課程	☐	服務對象不願回答
☐	普通教育發展證書 (GED)	☐	未收集此資料
☐	學院肄業		

正在就讀學院/大學

☐	目前未就讀	☐	成績不及格退學
☐	全日製	☐	服務對象不知道
☐	非全日制	☐	服務對象不願回答
☐	5 年級以下	☐	副學士（大專）學歷
☐	5-6 年級	☐	學士學位
☐	7-8 年級	☐	研究生（碩博士）學位
☐	9-11 年級	☐	職業技能證書
☐	12 年級/高中文憑	☐	服務對象不知道
☐	學校課程不分年級	☐	服務對象不願回答
☐	普通教育證書（GED）	☐	未收集此資料

學院/大學的名稱

☐	De Anza 學院	☐	West Valley 學院
☐	Evergreen Valley 學院	☐	灣區其他學院/大學
☐	Foothill 學院	☐	加州其他學院/大學
☐	Gavilan 學院	☐	其他學院/大學
☐	Mission 學院	☐	其他職業進修課程
☐	聖荷西市立學院	☐	服務對象不知道
☐	聖荷西州立大學	☐	服務對象不願回答
☐	聖塔克拉拉大學	☐	未收集此資料
☐	斯坦福大學		

預計完成學業的年份

		-			-				
年		月		日					

聯繫資料 [可選項--可在「地點與聯繫方式」選項卡中輸入]

地址類型	
姓名	
地址（第一行）	
地址（第二行）	

城市				
州				
郵編				
電話(#1)				
電話(#2)				
專用電話	☐	是	☐	否
目前住在此地	☐	是	☐	否
入住日期：				
註釋				

 申請人簽名，聲明所有信息真實無誤

日期