

代理機構名稱：_____

CLARITY HMIS:HUD-CoC 狀態評估表

請用英文大寫字母填寫，並在圓圈內勾選適當的答案。

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：_____

狀態評估日期 [所有服務對象]

		/-			/-				
月		日		年					

住在永久性住房 [限永久性住房項目戶主填寫]

☐	否	☐	是
如果「是」住在永久性住房			
入住日期：（見注釋*） __/__/__		*如果服務對象已搬入永久性住房，請確保同時更新註冊畫面的資料。	

身體障礙 [所有客戶]

☐	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」身體障礙，請註明				
是否預期病況將長期無法改善，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
			☐	未收集此資料

發展障礙 [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「有」慢性疾病，請註明				
是否預期病況將長期無法改善，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
			☐	未收集此資料

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					
是否預期病況將長期無法改善，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
				☐	未收集此資料

藥物濫用 [所有服務對象]

☐	否	☐	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」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
				☐	未收集此資料

家庭暴力受害者 [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」家庭暴力受害者，					
家暴事件發生的時間					
☐	過去三個月內	☐	一年前或更久以前		
☐	三到六個月內（不含六個月）	☐	服務對象不知道		
		☐	服務對象不願回答		
☐	六個月至一年內（不含一年）	☐	未收集此資料		
您現在是在逃亡嗎？		☐	否	☐	服務對象不知道
		☐	是	☐	服務對象不願回答
				☐	未收集此資料

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	☐	客戶不願回答
		☐	未收集此資料
如果回答「有」，請註明所有適用的來源			
收入來源		金額	收入來源
☐	工作收入		☐
☐	失業保險		☐
☐	社會安全生活補助 (SSI)		☐
☐	社會安全殘疾保險金 (SSDI)		☐
☐	退伍軍人事務部因公傷殘慰助金		☐
☐	退伍軍人事務部非因公傷殘慰助金		☐
☐	私人傷殘保險		☐
☐	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]

☐	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」非現金福利，請註明所有適用的來源			
☐	補充營養援助計劃 (SNAP)	☐	TANF 託兒服務
☐	婦女、嬰兒和兒童特別補充營養計劃 (WIC)	☐	TANF 運輸服務
☐	其他 (請註明)	☐	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「有」醫療保險，請提供保障範圍詳情			
☐	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

申請人簽名，聲明所有信息真實無誤

日期