



A Tradition of Stewardship
A Commitment to Service

Continuo de Cuidado del Condado de Napa



Inscripción para Clientes de HMIS para Adultos
Agencia de Servicios de Abode
Programas de Vivienda (TH, RRH, PSH)

Nombre del Programa: _____ Nombre de Trabajador Social/Persona de Admisión: _____ Fecha de inicio del programa: _____

INSCRIPCIÓN DE CLIENTE

Se deben completar inscripciones de Clientes por separado para cada Cliente mayor de 17 años o Cabeza de Hogar. **También se deben completar inscripciones de Clientes por separado para los niños, pero favor de asegúrese de utilizar el Formulario de Inscripción de Clientes Infantiles Estándar de HMIS.**

1) Nombre de Cliente	Primero	Apellido																		
Relación a Cabeza de Hogar	<input type="checkbox"/> Yo mismo (Cabeza de Hogar) <input type="checkbox"/> Hijo/a de Cabeza de Hogar <input type="checkbox"/> Esposo/a o Pareja de Cabeza de Hogar <input type="checkbox"/> Otra miembro de la relación al Cabeza de Hogar (otra relación al Cabeza de Hogar) <input type="checkbox"/> Otra: Miembro no relacionado																			
1) Fecha de inscripción al programa <i>La fecha en que el Cliente comenzó a recibir ayuda del proyecto (programa); También llamada fecha de inicio del proyecto.</i>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Mes</td> <td colspan="3">Día</td> <td colspan="3">Año</td> </tr> </table>			/			/				Mes			Día			Año			
		/			/															
Mes			Día			Año														
2) Necesita Asistencia de Traducción [Cabeza de Hogar solamente] <i>¿El Cliente necesita acceso a servicios de traducción?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados																			
En caso afirmativo, idioma(s) preferido(s): <i>Si el Cliente necesita acceso a servicios de traducción, seleccione su idioma(s) preferido.</i>	<input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano <input type="checkbox"/> Árábica <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Afroamericano <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Criollo Caboverdiano <input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo																		

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____

	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Fiyiano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Griego <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Taiwanés <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Ucraniano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Idioma preferido diferente, especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados																								
<p>Fecha de mudanza de vivienda [Cabeza de Hogar y adultos solamente]</p> <p><i>(Solo se requiere para Proyectos de Vivienda Permanente)</i></p> <p><i>Esta es la fecha en que un cliente se muda a una situación de vivienda permanente mientras está inscrito en programas de Realojamiento Rápido, Vivienda de Apoyo Permanente u Otros programas de Vivienda Permanente, incluso si la fecha de mudanza es la misma que la fecha de inscripción del proyecto.</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Mes</td> <td colspan="3">Dia</td> <td colspan="3">Año</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>													Mes			Dia			Año						
Mes			Dia			Año																				
<p>SITUACION SITUACIÓN DE VIVIENDA ANTERIOR – RESPONDA <u>SÓLO UNA SECCIÓN COMPLETA</u>: A o B o C [Cabeza de Hogar y adultos solamente]</p>																										
<p>Tipo de Residencia <u>A – Situación Sin Hogar</u></p> <p><i>¿Cuál fue la situación de vivienda del Cliente la noche antes de inscribirse en el proyecto?</i></p> <p><i>¿Pregúntele al Cliente “dónde se quedó o durmió anoche”?</i></p> <p><i>What was the client's living situation the night before enrolling in the project?</i></p> <p><i>Ask the client “where did you stay or sleep last night”?</i></p>	<input type="checkbox"/> Un lugar no diseñado para la habitación humana (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, una estación de autobús/tren/metro/aeropuerto/o cualquier lugar exterior) <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																									
<p>Duración de la Estancia en la Situación de Vivienda Anterior</p>	<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder																								

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____

		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados										
<p>Fecha aproximada en que comenzó este episodio sin hogar:</p> <p><i>¿Cuándo fue la fecha en que comenzó la actual situación Sin Hogar?</i></p> <p><i>Una interrupción en la falta de vivienda se define como estar en cualquier situación de vivienda permanente o temporal durante 7 noches consecutivas o más, o pasar 90 días o más en una institución (es decir, cárcel, centro de tratamiento de salud mental o abuso de sustancias, hospital u otro centro similar).</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>			/			/					
		/			/							
<p>Número de veces que el Cliente ha estado en la calle o en un Refugio de Emergencia en los últimos tres años.</p>	<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cuatro or más veces <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados										
<p>Número de meses en total, que el Cliente ha estado falto de vivienda en las calles o en un Refugio de Emergencia en los últimos tres años.</p>	<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 7 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 8 meses <input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 9 meses <input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 10 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 11 meses	<input type="checkbox"/> 12 Meses <input type="checkbox"/> Más de 12 Meses <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados										
<p>Tipo de Residencia <u>B – Situaciones de Vivienda Institucional</u></p> <p><i>¿Cuál fue la situación de vivienda del Cliente la noche antes de inscribirse en el proyecto?</i></p> <p><i>¿Pregúntele al Cliente “¿dónde se quedó o durmió anoche?”</i></p>	<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza o hogar de cuidado de crianza grupal <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 cuidado 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											
<p>Duración de la Estancia en la Situación de Vivienda Anterior</p>	<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados										
<p>¿Fue la duración de la estancia menos de 90 días?</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No											

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____

<p><i>Si la respuesta es "No", DETÉNGASE aquí y pase a la sección de Discapacidad.</i></p>												
<p>Si la respuesta es "Si", ¿Permaneció el Cliente en la calle o en un refugio de emergencia la noche anterior a acudir a la situación institucional?</p> <p><i>Si la respuesta es "No", DETÉNGASE aquí y pase a la sección de Discapacidad.</i></p> <p><i>Si la respuesta es "Si," por favor responda las siguientes preguntas:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>											
<p>Fecha aproximada en que comenzó este episodio Sin Hogar:</p> <p><i>¿Cuándo fue la fecha en que comenzó la actual situación sin hogar?</i></p> <p><i>Una interrupción en la falta de vivienda se define como estar en cualquier situación de vivienda permanente o temporal durante 7 noches consecutivas o más, o pasar 90 días o más en una institución (es decir, cárcel, centro de tratamiento de salud mental o abuso de sustancias, hospital u otro centro similar).</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			/			/					
		/			/							
<p>Número de veces que el Cliente ha estado en la calle o en un Refugio de Emergencia en los últimos tres años.</p>	<p><input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres veces</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuatro or más veces <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados</p>										
<p>Número de meses en total, que el Cliente ha estado falto de vivienda en las calles o en un Refugio de Emergencia en los últimos tres años.</p>	<p><input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 7 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 8 meses <input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 9 meses <input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 10 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 11 meses</p>	<p><input type="checkbox"/> 12 Meses <input type="checkbox"/> Más de 12 Meses <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados</p>										
<p>Tipo de Residencia <u>C</u> – <u>Situaciones de Vivienda de Transición o Permanente</u></p> <p><i>¿Cuál fue la situación de vivienda del Cliente la noche antes de inscribirse en el proyecto?</i></p> <p><i>¿Pregúntele al Cliente "¿dónde se quedó o durmió anoche"?</i></p>	<p>Situaciones de Vivienda Temporal</p> <p><input type="checkbox"/> Alojamiento de transición para personas Sin Hogar (incluyendo jóvenes Sin Hogar) <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios de Sin Hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Hogar de Anfitrión (que no sea de crisis) <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia</p>	<p>Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados</p>										

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____

	<p>Situaciones de Vivienda Permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Alquiler por Cliente, sin subsidio de vivienda continua</p> <p><input type="checkbox"/> Alquiler por Cliente, con subsidio de vivienda continua</p> <p><input type="checkbox"/> Propiedad de Cliente, con subsidio de vivienda continua.</p> <p><input type="checkbox"/> Propiedad de Cliente, sin subsidio de vivienda continua</p>	
<p>Tipo de Subsidio de Alquiler: <i>Si "Alquiler por Cliente, con subsidio de vivienda continua" es seleccionado, por favor seleccione el tipo de subsidio de vivienda en uso.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> GPD TIP subsidio de vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> VASH subsidio de vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> RRR o subsidio equivalente</p> <p><input type="checkbox"/> HCV vale (basado en inquilino o proyecto) (no dedicado)</p> <p><input type="checkbox"/> Unidad de vivienda pública</p> <p><input type="checkbox"/> Alquiler por Cliente, con otro subsidio de vivienda continua</p> <p><input type="checkbox"/> Vale de vivienda de Emergencia (EHV)</p> <p><input type="checkbox"/> Vale de Programa de Unificación Familiar (FUP)</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciativa de Jóvenes de Crianza Temporal hacia la Independencia (FYI)</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban Sin Hogar</p>	
<p>Duración de la Estancia en la Situación de Vivienda Anterior</p>	<p><input type="checkbox"/> Una noche o menos</p> <p><input type="checkbox"/> Dos a seis noches</p> <p><input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un Mes</p> <p><input type="checkbox"/> Un mes or more, but less than 90 Dias</p>	<p><input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año</p> <p><input type="checkbox"/> Un Año o más</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder</p> <p><input type="checkbox"/> Datos no recopilados</p>
<p>¿Fue la duración de la estancia menos de 7 días? <i>Si la respuesta es "No", DETÉNGASE aquí y pase a la sección de Discapacidad.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Si la respuesta es "Si", ¿Permaneció el Cliente en la calle o en un refugio de emergencia la noche anterior a acudir a la colocación transitoria o permanente? <i>Si la respuesta es "No", DETÉNGASE aquí y pase a la sección de Discapacidad.</i> <i>Si la respuesta es "Si," por favor responda las siguientes preguntas:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____

<p>Fecha aproximada en que comenzó este episodio Sin Hogar:</p> <p><i>¿Cuándo fue la fecha en que comenzó la actual situación Sin Hogar?</i></p> <p><i>Una interrupción en la falta de vivienda se define como estar en cualquier situación de vivienda permanente o temporal durante 7 noches consecutivas o más, o pasar 90 días o más en una institución (es decir, cárcel, centro de tratamiento de salud mental o abuso de sustancias, hospital u otro centro similar).</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>				/			/				
			/			/						
<p>Número de veces que el Cliente ha estado en la calle o en un Refugio de Emergencia en los últimos tres años.</p>	<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cuatro or más veces <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados										
<p>Número de meses en total, que el Cliente ha estado falto de vivienda en las calles o en un Refugio de Emergencia en los últimos tres años.</p>	<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 7 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 8 meses <input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 9 meses <input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 10 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 11 meses	<input type="checkbox"/> 12 Meses <input type="checkbox"/> Más de 12 Meses <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados										
<p>CONDICIONES DE DISCAPACITACIÓN: Una condición de discapacidad es una condición de salud que interfiere con la obtención y/o el mantenimiento de una vivienda estable.</p>												
<p>1) ¿El Cliente tiene actualmente una condición de incapacidad?</p> <p><i>Una condición de discapacidad es una condición de salud que interfiere con la obtención y/o el mantenimiento de una vivienda estable.</i></p> <p><i>Esta pregunta se utiliza con otra información para determinar si el Cliente cumple con los criterios de falta de Hogar crónica.</i></p> <p>Todas las preguntas de esta sección DEBEN responderse incluso si la respuesta es "no" a esta pregunta.</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados										
<p>2) ¿Tiene el Cliente una incapacidad Física?</p> <p>Si la respuesta es "Si," ¿se espera que sea de duración prolongada, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados										

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____

cliente para vivir de forma independiente?		
3) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
4) ¿Tiene el Cliente una Condición de Salud Crónica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
Si la respuesta es "Si," ¿se espera que sea de duración prolongada, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
5) ¿El cliente tiene VIH - SIDA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
¿Tiene el Cliente un Trastorno de Salud Mental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
Si la respuesta es "Si," ¿se espera que sea de duración prolongada, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
6) ¿Tiene el Cliente algún Trastorno por Uso de Sustancias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Trastorno por uso de drogas <input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de alcohol y drogas	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
Si la respuesta es "Si," ¿se espera que sea de duración prolongada, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
DOMESTIC VIOLENCE [Head of Household and Adults only] VIOLENCIA DOMESTICA [Cabeza de Hogar y Adultos solamente]		
1) Sobreviviente de Violencia Doméstica <i>Pregúntele al Cliente: "¿Alguna vez ha experimentado violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acoso u otras condiciones peligrosas o que pongan en peligro su</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____

<p><i>vida, contra usted o un miembro de su familia, incluido un niño, que haya ocurrido en el lugar donde vivía? "</i></p> <p>Si la respuesta es "no", pase a la sección "Ingresos mensuales – Beneficios en efectivo".</p> <p>Si la respuesta es "Si," por favor RESPONDA a preguntas 2 y 3.</p>	
<p>2) Ocurrencia más reciente</p> <p><i>Pregúntele al Cliente "¿Hace cuánto tiempo fue su experiencia más reciente de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acoso u otras condiciones peligrosas o que ponen en peligro su vida?"</i></p>	<p><input type="checkbox"/> En los últimos tres meses</p> <p><input type="checkbox"/> Hace tres a seis meses (excluyendo seis meses exactamente)</p> <p><input type="checkbox"/> Hace Seis meses a un año (excluyendo un año exactamente)</p> <p><input type="checkbox"/> Hace un año o más</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder</p> <p><input type="checkbox"/> Datos no recopilados</p>
<p>3) Estado Actual</p> <p><i>Pregúntele al Cliente: "¿Está actualmente huyendo o intentando huir de la situación de violencia doméstica o tiene miedo de regresar al lugar donde vive?"</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder</p> <p><input type="checkbox"/> Datos no recopilados</p>
<p>INGRESOS MENSUALES – BENEFICIOS EN EFECTIVO [Cabeza de Hogar y Adultos solamente]</p>	
<p>¿Ingresos actuales de cualquier fuente?</p> <p><i>¿El Cliente actualmente recibe algún ingreso de alguna fuente?</i></p> <p>Especifique el tipo(s) y cantidad(es) de ingresos que recibe actualmente el Cliente.</p> <p><i>Sólo se deben incluir fuentes periódicas y recurrentes que estén actualizadas al día. Los ingresos recibidos por un miembro menor (menor de 18 años) del hogar (por ejemplo, SSI) deben registrarse con la información del HoH.</i></p> <p><i>NO incluya los ingresos recibidos por otros adultos (de 18 años y mayores) en el hogar; registre sus ingresos en su formulario de inscripción.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder</p> <p><input type="checkbox"/> Datos no recopilados</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Ingreso del trabajo \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad SSI \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad SSDI \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio del VA\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad de VA sin conexión de servicio \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Privado de Incapacidad \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas TANF/CalWORKs \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso de pensión o jubilación de un trabajo anterior \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Manutención de niños\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otra manutención del cónyuge \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo \$ _____</p>

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____

	Si es otro, especificar: _____
Ingresos mensuales total para el individuo	TOTAL: \$ _____
BENEFICIOS NO MONETARIOS [Cabeza de Hogar y Adultos solamente]	
<p>¿Está actualmente recibiendo beneficios no monetarios?</p> <p><i>¿El Cliente recibe actualmente uno de los beneficios no monetarios que se enumeran a continuación?</i></p> <p>Si la respuesta es “Si,” indique todos los beneficios no monetarios que está recibiendo el cliente:</p> <p><i>Sólo se deben incluir fuentes periódicas y recurrentes que estén actualizadas. Registre los beneficios no monetarios recibidos por un miembro menor (menor de 18 años) del hogar según la información del HoH.</i></p> <p><i>NO incluya beneficios recibidos por otros adultos (de 18 años y más) en el hogar; registre sus beneficios en su formulario de inscripción.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder</p> <p><input type="checkbox"/> Datos no recopilados</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)/Cal Fresh</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de cuidado infantil TANF/CALWORKS</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de transporte TANF/CALWORKS</p> <p><input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF/CALWORKS</p> <p><input type="checkbox"/> Otro beneficio no monetario</p> <p>Si es otro, especificar: _____</p>
SEGURO DE SALUD	
<p>¿Actualmente está cubierto por un seguro médico?</p> <p><i>¿El Cliente está actualmente cubierto por un seguro médico?</i></p> <p>Si la respuesta es “Si,” tipo(s) de seguro(s):</p> <p><i>Si el Cliente está actualmente cubierto por varios seguros médicos, seleccione todos los que correspondan.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder</p> <p><input type="checkbox"/> Datos no recopilados</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid (same as Medi-Cal)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> Programa estatal de seguro médico para niños (CHIP)</p> <p><input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (VHA)</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro médico obtenido a través de COBRA</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro médico privado de pago</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Estatal de Salud para Adultos</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud para indígenas</p> <p><input type="checkbox"/> Otro seguro médico: _____</p>
ORIENTACIÓN SEXUAL [Cabeza de Hogar y Adultos solamente]	
<p>La recopilación de datos de esta sección solo es necesaria para los siguientes programas financiados con fondos federales HUD: CoC – Vivienda de Apoyo Permanente, HUD: CoC – Programa de Demostración para Jóvenes Sin Hogar (YHDP), y Programas RHY.</p>	

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____

¿Cuál es la orientación sexual del cliente?	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Cuestionamiento/Inseguridad <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
--	---	---

Nombre del Cliente _____

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) _____