



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.**

<b>1) Nombre de Cliente</b>	<b>Primero</b>	<b>Apellido</b>																		
<b>Relación a Cabeza de Hogar</b>	<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																			
<b>1) Fecha de inscripción al programa</b> <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														
<b>2) Necesita Asistencia de Traducción [Cabeza de Hogar solamente]</b> <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																			
<b>En caso afirmativo, idioma(s) preferido(s):</b> <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><b>Fecha de mudanza de vivienda</b>                  [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> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Dia</td> <td colspan="6">Año</td> </tr> </table>											Mes		Dia		Año						
Mes		Dia		Año																		
<p><b>SITUACION SITUACIÓN DE VIVIENDA ANTERIOR – RESPONDA <u>SÓLO UNA SECCIÓN COMPLETA</u>: A o B o C [Cabeza de Hogar y adultos solamente]</b></p>																						
<p><b>Tipo de Residencia <u>A – Situación Sin Hogar</u></b></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><b>Duración de la Estancia en la Situación de Vivienda Anterior</b></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><b>Fecha aproximada en que comenzó este episodio sin hogar:</b></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: 20px;"> <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><b>Número de veces que el Cliente ha estado en la calle o en un Refugio de Emergencia en los últimos tres años.</b></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><b>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.</b></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><b>Tipo de Residencia <u>B – Situaciones de Vivienda Institucional</u></b></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><b>Duración de la Estancia en la Situación de Vivienda Anterior</b></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><b>¿Fue la duración de la estancia menos de 90 días?</b></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><b>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?</b></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><b>Fecha aproximada en que comenzó este episodio Sin Hogar:</b></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><b>Número de veces que el Cliente ha estado en la calle o en un Refugio de Emergencia en los últimos tres años.</b></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><b>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.</b></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><b>Tipo de Residencia <u>C</u> – <u>Situaciones de Vivienda de Transición o Permanente</u></b></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><b>Situaciones de Vivienda Temporal</b></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><b>Otro</b></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><b>Situaciones de Vivienda Permanente</b></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><b>Tipo de Subsidio de Alquiler:</b>  <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><b>Duración de la Estancia en la Situación de Vivienda Anterior</b></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><b>¿Fue la duración de la estancia menos de 7 días?</b>  <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><b>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?</b>  <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) \_\_\_\_\_



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	
<b>DOMESTIC VIOLENCE [Head of Household and Adults only] VIOLENCIA DOMESTICA [Cabeza de Hogar y Adultos solamente]</b>			
1) Sobreviviente de Violencia Doméstica	<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		
<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>			

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><b>Si la respuesta es "no", pase a la sección "Ingresos mensuales – Beneficios en efectivo".</b></p> <p><b>Si la respuesta es "Si," por favor RESPONDA a preguntas 2 y 3.</b></p>	
<p><b>2) Ocurrencia más reciente</b></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><b>3) Estado Actual</b></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>

**INGRESOS MENSUALES – BENEFICIOS EN EFECTIVO [Cabeza de Hogar y Adultos solamente]**

<p><b>¿Ingresos actuales de cualquier fuente?</b></p> <p><i>¿El Cliente actualmente recibe algún ingreso de alguna fuente?</i></p> <p><b>Especifique el tipo(s) y cantidad(es) de ingresos que recibe actualmente el Cliente.</b></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) \_\_\_\_\_

<p>Ingresos mensuales total para el individuo</p>	<p>Si es otro, especificar: _____</p> <p><b>TOTAL: \$</b> _____</p>
<p><b>BENEFICIOS NO MONETARIOS [Cabeza de Hogar y Adultos solamente]</b></p>	
<p><b>¿Está actualmente recibiendo beneficios no monetarios?</b></p> <p><i>¿El Cliente recibe actualmente uno de los beneficios no monetarios que se enumeran a continuación?</i></p> <p><b>Si la respuesta es “Si,” indique todos los beneficios no monetarios que está recibiendo el cliente:</b></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>
<p><b>SEGURO DE SALUD</b></p>	
<p><b>¿Actualmente está cubierto por un seguro médico?</b></p> <p><i>¿El Cliente está actualmente cubierto por un seguro médico?</i></p> <p><b>Si la respuesta es “Si,” tipo(s) de seguro(s):</b></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>
<p><b>ORIENTACIÓN SEXUAL [Cabeza de Hogar y Adultos solamente]</b></p> <p><b>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.</b></p>	

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_

Nombre de Cabeza de Hogar (si no su persona) \_\_\_\_\_

<b>¿Cuál es la orientación sexual del cliente?</b>	<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) \_\_\_\_\_