



A Tradition of Stewardship
A Commitment to Service

Napa County Continuum of Care
HMIS Intake Form
Shelter & Street Outreach Programs

Abode Staff Check all that apply at this intake:

Day SNS WS Out AIM

Abode HMIS Data Staff ONLY

Is this the HoH? Yes No

If no, client's HMIS ID of HoH: _____

Data entered in HMIS on _____ by _____

Program Name: _____ Case Worker/Intake Person: _____ Program Start Date: _____

PERFIL DEL CLIENTE

Nombre: _____ **Segundo Nombre:** _____ **Apellido(s):** _____

Número de Seguro Social _____ NSS Completo NSS Parcial No lo se No quiero reportar

Fecha de Nacimiento: _____ Completo Parcial No lo se No quiero reportar

Sobrenombre: _____ **Mi Numero de Teléfono:** _____

Mi Correo electrónico (email): _____

En caso de Emergencia, llamar a: _____ **Numero de Teléfono:** _____

Sexo: Mujer Hombre Transgénero Un género que no sea femenino o masculino singular (*ejemplo. no binario, genero fluido, agenero, genero culturalmente especifico*) Interrogatorio No se No quiero decir Dato no recopilado

Raza: Marque la(s) raza(s) con las que se identifica. *Ayudar al cliente a seleccionar la raza o razas con las que se identifica. Permita que los clientes identifiquen las categorías raciales como corresponda (puede marcar hasta cinco).*

Indio Americano, Nativo de Alaska, Indígena Asiático o Asiático Americano Negro, Negro Americano, o Africano
Nativo de Hawaii/Isleño del Pacifico Blanco No se No quiero decir Dato no recopilado

Etnicidad: No-Hispano/No-Latino (a)(o)(x) Hispano/Latino (a)(o)(x) No se No quiero reportar

¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Si No Si contesta si, completar las siguientes preguntas:

Año de ingreso al servicio militar: _____ **Año que termino:** _____

Guerra en la que Participo:

Guerra de Afganistán Guerra de Iraq (Libertad Iraquí) Guerra de Iraq (New Dawn) Guerra del Golfo Pérsico
Guerra de Corea Guerra de Vietnam Segunda Guerra Mundial Otra Guerra No se No quiero reportar

Rama de Fuerzas Armadas:

Ejercito Fuerza Aérea Fuerza Naval Infantería de Marina Guardacostas
No se No quiero reportar Dato no recopilado

Estado de Baja de las Fuerzas Armadas:

Honorable Mala Conducta General en Condiciones Honorables Deshonrosa Bajo condiciones no honorables
No caracterizado No se No quiero reportar Dato no recopilado

Perfil del Cliente Continua – PREGUNTAS REQUERIDAS POR EL PROGRAMA o el CONDADO

Pueblo Natal: American Canyon Angwin Calistoga Ciudad de Napa Lake Barryesa Condado de Lake
 México Oakville Otra parte de California Otro Codado Otra parte de Estados Unidos
 Rutherford St. Helena Condado de Solano Yountville

Ultima dirección (dirección permanente): _____ Ciudad _____
Codigo Postal _____

¿Es usted trabajador del campo? Si No Si contesto que sí, ¿actualmente está trabajando en el campo? Si No

Anteriormente ¿fue parte de una Agencia de Bienestar Infantil o Cuidado de Crianza? Si No

¿Está actualmente en libertad condicional? Si No

Si contesto que sí, Condado donde está en libertad condicional: _____ Nombre del oficial de libertad condicional: _____

¿Actualmente tiene un vehículo? Si No

¿Actualmente tiene empleo Si contesto que sí, está trabajando: Tiempo completo Parte de tiempo
 Trabajo temporadas o esporádicamente

¿Cuántas horas trabajo la semana pasada?: _____

¿Cual es su nivel de estudios? Ninguno Menos de Segundo grado de secundaria (8th grade) Secundaria (9th-11th grade) Preparatoria GED Poco de Universidad pero no recibi titulo Recibi licenciatura de la universidad
 Maestria de la universidad

¿Hizo entrenamiento vocacional o aprendizaje? Si No

PREGUNTAS REQUERIDAS por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)

Fecha en la que se comprometió a recibir servicios

Fecha de compromiso: _____

Fecha de compromiso significa la fecha en la que una relación interactiva con el cliente da como resultado una evaluación deliberada del cliente o el comienzo de un plan de caso.

SITUACION DE VIVIENDA ANTERIOR – CONTESTE SOLAMENTE UNA SECCION: A o B o C

Tipo de vivienda la noche anterior de cuando inicio el programa:

A – Situaciones sin Hogar

- Lugar no apto para vivienda (ejemplos: en vehículo, al aire libre, en casa de campaña, junto al rio, edificio abandonado).
- Alberge de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado por un vale.
- Programa de refugio seguro (Safe Haven)

¿Cuánto tiempo estuvo en la situación que marco en la sección A?

- Una noche o menos 2 a 6 noches 1 semana o más, pero menos de un mes
- 1 mes o más, pero menos de 90 días 90 días o más, pero menos de un año Un año o mas
- No se No quiero decir Dato no recopilado

¿Fecha aproximada que se quedó sin hogar? _____ REQUERIDO (Fecha de la última vez que se quedó sin hogar)

¿Cuántas veces estuvo en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro en los últimos 3 años?

Independientemente de dónde se hayan quedado anoche.

- 1 Vez 2 Veces 3 Veces 4 o más veces
- No se No quiero decir Dato no recopilado

¿Número total de meses sin hogar, en la calle o en un refugio de emergencia en los últimos 3 años?

- 1 mes (este es mi primer mes) 8 meses 11 meses No se
 2 meses 4 meses 6 meses 9 meses 12 meses No quiero reportar
 3 meses 5 meses 7 meses 10 meses Mas de 12 meses Dato no recopilado

B - Situaciones de vivienda institucional

- Hogar de crianza u hogar de crianza en grupo
 Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
 Cárcel, prisión o centro de detención juvenil
 Centro de atención a largo plazo o hogar de ancianos
 Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
 Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación

¿Cuánto tiempo estuvo en el tipo de vivienda que marco en la sección B?

- Una noche o menos 2 a 6 noches 1 semana o más, pero menos de un mes
 1 mes o más, pero menos de 90 días 90 días o más, pero menos de un año Un año o mas
 No se No quiero decir Dato no recopilado

¿La duración de la estancia fue menos de 90 días? Si** No*

* Si la respuesta es NO, brinque a contestar la sección de las Condiciones de Discapacidad y Barreras

** Si la respuesta es SÍ: la noche anterior, ¿se quedó en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro?

- Si No

¿Fecha aproximada que se quedó sin hogar? _____ REQUERIDO (Fecha de la ultima vez que se quedo sin hogar)

¿Cuántas veces estuvo en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro en los últimos 3 años?

- 1 Vez 2 Veces 3 Veces 4 o mas veces
 No se No quiero decir Dato no recopilado

¿Número total de meses sin hogar, en la calle o en un refugio de emergencia en los últimos 3 años?

- 1 mes (este es mi primer mes) 8 meses 11 meses No se
 2 meses 4 meses 6 meses 9 meses 12 meses No quiero reportar
 3 meses 5 meses 7 meses 10 meses Mas de 12 meses Dato no recopilado

C – Situaciones de vivienda de transición o permanente

- Hogar Anfitrión (sin crisis)
 Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia
 Propiedad del cliente - sin subsidio de vivienda
 Propiedad del cliente - con subsidio de vivienda en curso
 Vivienda permanente (distinta a la Realojamiento Rápido) para personas que antes no tenían hogar
 Rentaba – Sin subsidio de vivienda en curso
 Rentaba – con otro subsidio de vivienda en curso
 Rentaba – con Realojamiento Rápido o subvención equivalente
 Rentaba – Subsidio de vivienda VASH (Vivienda de Apoyo para Asuntos de Veteranos)
 Rentaba – con subsidio de vivienda GPD TIP (Subvención y Viáticos Transitorios en Lugar)
 Rentaba – con Vale de Elección de Vivienda (HCV) [basado en inquilino o proyecto]
 Rentaba – en una unidad de vivienda pública
 Proyecto residencial o casa intermedia sin criterio de personas sin hogar
 Me quedaba o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia
 Me quedaba o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo
 Vivienda de transición para personas sin hogar (incluidos los jóvenes sin hogar)
 No se No quiero decir

¿Cuánto tiempo estuvo en este tipo de situación de vivienda que marco en la sección C?

- Una noche o menos 2 a 6 noches 1 semana o más, pero menos de un mes
 1 mes o más, pero menos de 90 días 90 días o más, pero menos de un año Un año o mas
 No se No quiero decir Dato no recopilado

¿La duración de la estancia fue menos de 7 días? Si** No*

* Si la respuesta es NO, brinque a contestar la sección de las Condiciones de Discapacidad y Barreras

**** Si la respuesta es SÍ: la noche anterior, ¿se quedó en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro?**

- Si No

¿Fecha aproximada que se quedó sin hogar? _____ REQUERIDO (Fecha de la ultima vez que se quedo sin hogar)

¿Cuántas veces estuvo en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro en los últimos 3 años?

- 1 Vez 2 Veces 3 Veces 4 o mas veces
 No se No quiero decir Dato no recopilado

¿Número total de meses sin hogar, en la calle o en un refugio de emergencia en los últimos 3 años?

- 1 mes (este es mi primer mes) 8 meses 11 meses No se
 2 meses 4 meses 6 meses 9 meses 12 meses No quiero reportar
 3 meses 5 meses 7 meses 10 meses Mas de 12 meses Dato no recopilado

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

Discapacidad Fisica Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

Si contesto si, ¿la discapacidad física será a largo plazo e impedirá sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente? Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

Discapacidad de Desarrollo Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

Condición de Salud Crónica Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

Si contesto si, ¿la condición de salud crónica será a largo plazo e impedirá sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente? Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

SIDA - HIV Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

Trastorno de Salud Mental Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

Si contesto si, ¿el trastorno de salud mental será a largo plazo e impedirá sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente? Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

Trastorno por abuso de sustancias No Consumo alcohol Consumo drogas Consumo alcohol y drogas

Si contesto si, ¿el trastorno por abuso de sustancias será a largo plazo e impedirá sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente? Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

¿El cliente tiene una condición de discapacidad? Si No **Responda Sí, si el cliente responde Sí a cualquiera de las condiciones anteriores**

¿Alguna vez el cliente ha sido víctima o sobreviviente de violencia doméstica?? Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

Si contesto que sí, ¿hace cuánto tiempo tuvo la experiencia más reciente?

- En los últimos 3 meses Hace 3-6 meses Hace 6'12 meses Hace 1 ano o mas
 No se No quiero decir Dato no recopilado

¿Estoy huyendo actualmente? Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

INGRESOS MENSUALES Y FUENTES DE INGRESO

Total de todos los ingresos durante los últimos 30 días:

¿Está recibiendo ingresos de cualquier fuente? Si No No se No quiero decir Dato no recopilado

- Ingreso ganado \$ _____
- Ingreso por discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ _____
- Manutención de los hijos \$ _____
- Ingreso del Seguro Social (SSI) \$ _____
- Asistencia general \$ _____
- Manutención conyugal \$ _____
- TANF/CalWorks \$ _____
- Seguro de desempleo \$ _____
- Seguro Privado de Incapacidad \$ _____
- Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA \$ _____
- Jubilación del Seguro Social \$ _____
- Compensación por discapacidad no relacionada con el servicio de VA \$ _____
- Pensión de un trabajo anterior \$ _____
- Compensación del trabajador \$ _____
- Pensión alimenticia y otros apoyos conyugales \$ _____
- Otro ingreso \$ _____ Fuente de otro ingreso: _____

Porcentaje de ingreso medio del area (AMI) (pregunta requerida por el programa)

- 30 % o menos 31 – 50% 51 – 80%

# de personas en el hogar	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
30% or less	\$22,750	\$26,000	\$29,250	\$32,500	\$35,100	\$37,700	\$40,300	\$44,120
50% or less	\$37,950	\$43,350	\$48,750	\$54,150	\$58,500	\$62,850	\$67,150	\$71,500
51% to 80%	\$60,100	\$68,650	\$77,250	\$85,800	\$92,700	\$99,550	\$106,400	\$113,300

BENEFICIOS NO MONETARIOS

¿Tiene el cliente algún beneficio no monetario recibido de alguna fuente?

- CalFresh (Estampillas de Comida/SNAP)
- TANF/CalWorks Servicios de Cuidado de Niños
- WIC (Nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños)
- TANF/CalWorks Servicios de Transportación
- Otro servicio financiado por TANF/CalWorks
- Otro beneficio: _____

SEGURO DE SALUD

- Proveído por el empleador
- Healthy Kids (CHI) (Programa del Estado)
- Programa de Servicios de Salud indios
- Medical/Medicaid
- Medicare
- Obtenido a través de COBRA
- Seguro de Salud de Pago Privado
- Seguro Estatal de Salud para Adultos
- Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)
- Otro: Especifique _____

CONTACTOS *This section should be completed by case worker not the client*

Contactos: Además de los Elementos de datos universales, **se espera que los proyectos de outreach registren todos los contactos realizados con cada cliente en HMIS a través del elemento de datos 4.12 Situación de vida actual** (anteriormente "Contacto"). Un contacto se define como una interacción entre un trabajador y un cliente diseñada para involucrar al cliente. Los contactos incluyen actividades tales como una conversación entre el trabajador comunitario de la calle y el cliente sobre el bienestar o las necesidades del cliente, una visita al consultorio para discutir su plan de vivienda o una referencia a otro servicio comunitario. **Se debe registrar una Situación de vida actual (4.12) cada vez que se reúna a un cliente, incluso cuando se registre una Fecha de compromiso (4.13) o una Fecha de inicio del proyecto (3.10) en el mismo día.**

CURRENT LIVING SITUATION *This section should be completed by case worker not the client*

Program/Contact Date: _____

Current Living Situation:

- Place not meant for habitation (e.g., vehicle, abandoned building, bus/train/subway station/airport or anywhere outside).
- Emergency Shelter, including hotel or motel paid for with emergency shelter voucher, or RHY-funded Host Home shelter
- Safe Haven
- Foster Care home or foster care group home
- Hospital or other residential non-psychiatric medical facility
- Jail, prison, or juvenile detention center
- Long-term care facility or nursing home
- Psychiatric hospital or other psychiatric facility
- Substance abuse treatment facility or detox center
- Host Home (non-crisis)
- Hotel or motel paid for without emergency shelter voucher
- Owned by client – no housing subsidy
- Owned by client – with ongoing housing subsidy
- Permanent housing (other than Rapid Re-Housing) for formerly homeless persons
- Rental by client – No ongoing housing subsidy
- Rental by client – with other ongoing housing subsidy
- Rental by client – with Rapid Re-Housing or equivalent subsidy
- Rental by client – VASH housing subsidy (Veterans Affairs Supportive Housing)
- Rental by client – with GPD TIP housing subsidy (Grant and Per Diem Transitional in Place)
- Rental by client – with Housing Choice Voucher (HCV) [tenant or project based]
- Rental by client – in a public housing unit
- Residential project or halfway house with no homeless criteria
- Staying or living in family member's room, apartment, or house
- Staying or living in friend's room, apartment, or house
- Transitional Housing for homeless persons (including homeless youth)

Is client going to have to leave their current living situation within 14 days?

- Yes No Client Doesn't Know Refused Data not collected

** If YES, answer following questions:

Has a subsequent residence been identified?

- Yes No Client Doesn't Know Refused Data not collected

Does individual or family have resources or support networks to obtain other permanent housing?

- Yes No Client Doesn't Know Refused Data not collected

Has the client had a lease or ownership interest in a permanent housing unit in the last 60 days?

- Yes No Client Doesn't Know Refused Data not collected

Has the client moved 2 or more times in the last 60 days?

- Yes No Client Doesn't Know Refused Data not collected

Location Details: _____
