

N.º HMIS _____

Nombre del cliente _____

Nombre del personal _____

Fecha en que se completó el formulario _____

HMIS del condado de Santa Cruz: salida de estándar niños

El proveedor de servicios debe completar este formulario mientras entrevista a un miembro infantil del hogar. Se deben completar salidas de cliente separadas para cada cliente que sea **menor** de 18 años, *a menos que sea el jefe de familia*. **También se deben completar salidas de clientes por separado para adultos, pero asegúrese de utilizar el formulario de salida de cliente adulto estándar de HMIS.** Si el proveedor de servicios no puede completar una entrevista antes de la salida del cliente, debe completar el formulario con toda la información que tenga disponible sobre el estado de salida del cliente.

Fecha de salida del proyecto

La fecha de salida del proyecto servirá como fecha de información para todos los elementos de datos recopilados en este formulario; todos los datos deben ser precisos a esta fecha, independientemente de la fecha de recopilación.

		/			/				
Mes		Día		Año					

Destino

¿Cuál de las siguientes opciones se asemeja más al lugar donde se hospedará el cliente inmediatamente después de dejar este proyecto?

Situaciones de personas sin hogar

- ☐ Lugar no destinado para la estadía de personas (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, una estación de autobús/tren/metro/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)
- ☐ Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia o refugio en casa de acogida
- ☐ **Refugio seguro**

Situaciones institucionales

- ☐ Hogar de acogida o hogar grupal de acogida
- ☐ Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- ☐ Cárcel, prisión o centro de detención de menores
- ☐ Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos
- ☐ Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico

Situaciones de vivienda temporal

- ☐ Viviendas de transición para personas sin hogar (incluidos jóvenes sin hogar)
- ☐ Proyecto residencial o casa de transición sin criterios de personas sin hogar
- ☐ Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia
- ☐ Hogar de acogida (sin crisis)
- ☐ Se queda o vive con familiares, estadía temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa).
- ☐ Se queda o vive con amigos, estadía temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa).

Situaciones de vivienda permanente

- ☐ Se queda o vive con familiares, estadía permanente
- ☐ Se queda o vive con amigos, estadía permanente
- ☐ Alquiler por parte del cliente, sin subsidio de vivienda permanente
- ☐ **Alquiler por parte del cliente, con subsidio habitacional vigente [recabar información adicional a continuación]**

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

☐ Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación

☐ Propiedad del cliente, con subsidio continuo de vivienda
☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda permanente

Otro: (Aparte del fallecimiento, hay situaciones muy limitadas aplicables a estas opciones. Por favor verifique que no haya una opción más apropiada antes de usarlos).

☐ No se completó la entrevista de salida
☐ Fallecido

☐ Otro (especificar): _____
☐ El cliente no sabe
☐ El cliente prefiere no responder

Tipo de subsidio de alquiler:
 Si selecciona “Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda vigente”, seleccione el tipo de subsidio de la vivienda en uso.

☐ Subsidio de vivienda GPD TIP
☐ Subsidio de vivienda VASH
☐ Subsidio RRH o equivalente
☐ Bono HCV (basado en inquilinos o proyectos) (no exclusivo)
☐ Unidad de vivienda pública
☐ Alquiler por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda en curso
☐ Vale de Vivienda de Emergencia (EHV)
☐ Bono del Programa de Unificación Familiar (FUP)
☐ Iniciativa de jóvenes adoptivos hacia la independencia (FYI)
☐ Vivienda de apoyo permanente
☐ Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían hogar

Evaluación de vivienda al salir – *SOLO programas de prevención de la falta de vivienda*

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

¿Cuál es la situación habitacional del cliente?	☐ Capaz de mantener la vivienda que tenían al ingresar al proyecto ☐ Se mudó a una nueva unidad habitacional ☐ Se mudó con familiares o amigos de forma temporal. ☐ Se mudó con familiares o amigos de forma permanente. ☐ Se mudó a un centro o programa de vivienda temporal o de transición	☐ El cliente se quedó sin hogar y se mudó a un refugio u otro lugar no apto para la estadía de personas. ☐ Cárcel/prisión ☐ Fallecido ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder
Si el cliente <i>“pudo mantener la vivienda al ingresar al proyecto”</i>, responda la siguiente pregunta sobre la información del subsidio:	☐ Sin subsidio ☐ Con el subsidio que tenían al inicio del proyecto ☐ Con un subsidio permanente adquirido desde el inicio del proyecto ☐ Sólo con ayuda financiera distinta a un subsidio	
Si el cliente <i>“se mudó a una nueva unidad de vivienda”</i>, responda la siguiente pregunta sobre la información del subsidio:	☐ Con subsidio permanente ☐ Sin subsidio permanente	

Condiciones discapacitantes (todas las respuestas son obligatorias)

Una condición discapacitante es una condición de salud que interfiere con la obtención y/o conservación de una vivienda estable. Esta pregunta se utiliza junto con otra información para determinar si el cliente cumple los criterios de falta de vivienda crónica.

1) ¿Tiene el cliente alguna discapacidad física? <i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i>	<table> <tr> <td>☐ Sí</td> <td>☐ El cliente no sabe</td> </tr> <tr> <td>☐ No</td> <td>☐ El cliente prefiere no responder</td> </tr> </table>	☐ Sí	☐ El cliente no sabe	☐ No	☐ El cliente prefiere no responder
☐ Sí	☐ El cliente no sabe				
☐ No	☐ El cliente prefiere no responder				
2) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?	<table> <tr> <td>☐ Sí</td> <td>☐ El cliente no sabe</td> </tr> <tr> <td>☐ No</td> <td>☐ El cliente prefiere no responder</td> </tr> </table>	☐ Sí	☐ El cliente no sabe	☐ No	☐ El cliente prefiere no responder
☐ Sí	☐ El cliente no sabe				
☐ No	☐ El cliente prefiere no responder				

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

3) ¿Tiene el cliente una condición de salud crónica? <i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i>	☐ Sí ☐ El cliente no sabe ☐ No ☐ El cliente prefiere no responder
	☐ Sí ☐ El cliente no sabe ☐ No ☐ El cliente prefiere no responder
4) ¿El cliente tiene VIH – SIDA?	☐ Sí ☐ El cliente no sabe ☐ No ☐ El cliente prefiere no responder
5) ¿Tiene el cliente un trastorno de salud mental? <i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i>	☐ Sí ☐ El cliente no sabe ☐ No ☐ El cliente prefiere no responder
	☐ Sí ☐ El cliente no sabe ☐ No ☐ El cliente prefiere no responder
6) ¿Tiene el cliente un trastorno por consumo de sustancias? <i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i>	☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ Trastorno por consumo de alcohol ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Trastorno por consumo de drogas ☐ Trastornos por consumo de alcohol y drogas
	☐ Sí ☐ El cliente no sabe ☐ No ☐ El cliente prefiere no responder

Seguro de salud

¿Cubierto por el seguro de salud? <i>¿El cliente está actualmente cubierto por un seguro médico?</i>	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder
	☐ Medicaid (Medi-Cal)

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

Sí es así, seleccione el tipo de cobertura de seguro médico del cliente:

Si el cliente está actualmente cubierto por varios seguros de salud, seleccione todos los que correspondan.

- ☐ Medicare
- ☐ Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- ☐ Administración de Salud para Veteranos (VHA)
- ☐ Seguro médico proporcionado por el empleador
- ☐ Seguro médico obtenido a través de COBRA
- ☐ Seguro de salud con pago privado
- ☐ Seguro de Salud Estatal para Adultos
- ☐ Programa de Servicios de Salud para Indígenas
- ☐ Otros seguros de salud

Si es otro, especifique: _____

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____