

N.º HMIS _____
Nombre del personal _____
Fecha en que se completó el formulario / ____ / ____

HMIS del condado de Santa Cruz: Inscripción de adultos en PATH

El proveedor de servicios debe completar este formulario para cada nuevo cliente adulto. Este formulario debe completarse para cada cliente que sea mayor de 17 años y se inscriba en el programa. **El formulario de inscripción de clientes infantiles estándar de HMIS** debe usarse para todos los niños menores de 18 años que se inscriban en el programa.

1) Nombre del cliente	Primer nombre	Apellido																				
<p>Relación con el jefe de familia (Jefe de familia) (HUD)</p> <p><i>Las personas solteras son consideradas jefe de familia. En los hogares con más de una persona, solo una de ellas deberá ser designada como jefe de familia.</i></p>	<input type="checkbox"/> Yo mismo (jefe de familia) <input type="checkbox"/> Hijo del jefe de familia <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia <input type="checkbox"/> Miembro familiar del hogar <input type="checkbox"/> Miembro no familiar del hogar																					
<p>Relación con el jefe de familia – Detalle adicional</p>	<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/Hija <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Compañero de cuarto <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Sobrino/sobrina <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra persona importante <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Hijastra/Hijastro																					
<p>2) Fecha de inicio del proyecto</p> <p><i>La fecha en que el cliente se inscribió en el programa; también se considera cuando el cliente comenzó a recibir ayuda del proyecto (programa).</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> <tr> <td colspan="3">Mes</td> <td colspan="3">Día</td> <td colspan="4">Año</td> </tr> </table>				/			/					Mes			Día			Año			
		/			/																	
Mes			Día			Año																

Nombre del cliente _____

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

<p>3) Se necesita ayuda con la traducción</p> <p>[Jefe de familia]</p> <p><i>¿El cliente necesita acceso a servicios de traducción?</i></p> <p>En caso afirmativo, idioma(s) preferido(s):</p> <p><i>Si el cliente necesita acceso a servicios de traducción, seleccione su(s) idioma(s) preferido(s).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Zapoteco <input type="checkbox"/> Tzotil <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Ruso</p> <p><input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Idioma preferido diferente, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>4) Conexión con SOAR (SOAR = Asistencia, acceso y recuperación de SSI/SSDI)</p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p> <p><i>La respuesta a esta pregunta probablemente siempre será “No”, ya que actualmente no hay programas SOAR en el condado de Santa Cruz.</i></p>
<p>5) Situación de vida previa: Tipo de residencia</p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p> <p><i>Esta sección se refiere al lugar donde el cliente se hospedó la noche antes de inscribirse en el proyecto. Pregúntele al cliente “¿dónde se quedó o durmió anoche”?</i></p> <p><i>No existen refugios seguros en el condado de Santa Cruz. Los clientes solo pueden haber pasado la noche anterior en un refugio seguro si estaban alojados en otro condado.</i></p>	<p><u>Situaciones de personas sin hogar</u></p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia o refugio en casa de acogida</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio seguro</p> <p><u>Situaciones institucionales</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hogar de acogida o hogar grupal de acogida</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención de menores</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación</p> <p><u>Situaciones de vivienda temporal</u></p>

Nombre del cliente _____

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

	<input type="checkbox"/> Viviendas de transición para personas sin hogar (incluidos jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios de personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Hogar de acogida (sin crisis) <input type="checkbox"/> Se queda o vive en la habitación, apartamento o casa de un amigo. <input type="checkbox"/> Se queda o vive en la habitación, apartamento o casa de un familiar. Situaciones de vivienda permanente <input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, sin subsidio de vivienda permanente <input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio continuo de vivienda <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda permanente Otro <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>Tipo de subsidio de alquiler: <i>Si el cliente pasó la noche anterior en un “Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda en curso”, seleccione el tipo de subsidio de vivienda utilizado.</i></p>	<input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> Subsidio RRH o equivalente <input type="checkbox"/> Bono HCV (basado en inquilinos o proyectos) (no exclusivo) <input type="checkbox"/> Unidad de vivienda pública <input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale de Vivienda de Emergencia (EHV) <input type="checkbox"/> Bono del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes adoptivos hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían hogar
<p>6) Duración de la estancia en la situación de vida anterior [Jefe de familia y adultos]</p> <p><i>Esta sección se refiere al tiempo que el cliente permaneció en el lugar donde se alojó la noche anterior. Si el cliente permaneció continuamente en la misma situación de vida, pero no exactamente en la misma ubicación, incluya el tiempo total pasado en esa situación. Por ejemplo, si el cliente se mudó de un refugio de emergencia a otro diferente, incluya la cantidad combinada de tiempo que pasó en ambos refugios.</i></p>	<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Un 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"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

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

<p><i>Pregúntele al cliente: “¿Cuánto tiempo ha estado durmiendo/quedándose donde se quedó/durmió anoche? Luego pregúntele al cliente dónde se hospedó antes de ese lugar.</i></p>														
<p>7) Si el cliente permaneció en situación institucional la noche anterior, ¿la estadía fue menor a 90 días?</p> <p><i>Una situación institucional se define como una cárcel, un centro de tratamiento de abuso de sustancias o de salud mental, un hospital u otra instalación similar.</i></p> <p>Si la respuesta sobre la duración de la estadía es “Sí, menos de 90 días”, pregúntele al cliente si permaneció en la calle o en un refugio de emergencia la noche anterior a su traslado a la situación institucional.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>													
<p>8) Si el cliente se quedó en una vivienda transitoria/permanente anoche, ¿la estadía fue menos de 7 días?</p> <p>Si la respuesta sobre la duración de la estadía es “Sí, menos de 7 días”, pregúntele al cliente si permaneció en la calle o en un refugio de emergencia la noche anterior a su traslado a la vivienda de transición o permanente.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>													
<p>9) Fecha aproximada en que comenzó <u>este episodio</u> de falta de vivienda:</p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p>	<table border="1" data-bbox="592 1606 1015 1669"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>Esta información puede ser por autoinforme del cliente.</p>				/				/					
			/				/							

Nombre del cliente _____

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

<p><i>Pregúntele al cliente: “¿En qué fecha comenzó su actual episodio de falta de vivienda?”</i></p> <p><i>Una ruptura en la situación de falta de vivienda ocurre cuando el cliente permanece en una situación de vivienda permanente o temporal durante 7 o más noches consecutivas, o pasa 90 o más días en una institución (es decir, cárcel, centro de tratamiento de abuso de sustancias o salud mental, hospital u otra instalación similar).</i></p> <p>Utilice el Cuadro de Historial de Vivienda de HUD para ayudar a identificar la duración del episodio actual de falta de vivienda del cliente.</p>													
<p>10) Número de veces que el cliente ha estado en la calle o en un refugio de emergencia en los <u>últimos tres años</u>, incluido hoy</p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p> <p>Esta sección se refiere a la Número de veces (episodios) distintas en las que el cliente estuvo en la calle o en un refugio de emergencia (ES) en los <u>últimos tres años</u>, incluido hoy.</p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p> <p>Utilice el Cuadro de Historial de Vivienda de HUD para ayudar a identificar la cantidad de episodios separados en los que el cliente ha estado en las calles o en un refugio de emergencia.</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Una sola vez</td> <td><input type="checkbox"/> Cuatro o más veces</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dos veces</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tres veces</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Una sola vez	<input type="checkbox"/> Cuatro o más veces	<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder						
<input type="checkbox"/> Una sola vez	<input type="checkbox"/> Cuatro o más veces												
<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe												
<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder												
<p>11) Número total de meses sin hogar en las calles en refugio de emergencia en los <u>últimos tres años</u></p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p> <p>Esta sección se refiere al número total de meses que el cliente ha</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)</td> <td><input type="checkbox"/> 12 meses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 7 meses</td> <td><input type="checkbox"/> Más de 12 meses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 8 meses</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 9 meses</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 10 meses</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 11 meses</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 7 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses	<input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 8 meses	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 9 meses	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder	<input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 10 meses		<input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 11 meses	
<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)	<input type="checkbox"/> 12 meses												
<input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 7 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses												
<input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 8 meses	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe												
<input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 9 meses	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder												
<input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 10 meses													
<input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 11 meses													

Nombre del cliente _____

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

<p>permanecido en las calles o en un refugio de emergencia (ES) en los últimos tres años.</p> <p><i>Utilice el Cuadro de Historial de Vivienda de HUD para ayudar a identificar la cantidad total de meses que el cliente ha pasado en las calles o en un refugio de emergencia durante los últimos tres años.</i></p>																							
<p>12) Fecha de participación <i>(solo para programas de extensión de servicios en las calles, refugio de emergencia noche a noche o solo servicios)</i></p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p> <p><i>Esta es la fecha en la que la relación cliente-proyecto da como resultado un plan de acción desarrollado en colaboración. Deje este campo en blanco hasta la fecha en que se desarrolle un plan de acción.</i></p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table> <p><i>La participación es un evento único dentro de cualquier inscripción determinada y puede ocurrir en la fecha de inicio del proyecto o después de ella, y debe ocurrir antes de registrar un estado PATH.</i></p>			/			/						Mes			Día			Año				
		/			/																		
Mes			Día			Año																	

Estado PATH [Jefe de familia y adultos]

La fecha de determinación del estado solo debe completarse una vez durante la inscripción del programa del cliente, en el momento en que se haya determinado el estado de inscripción de PATH para el cliente. Sólo debe haber una fecha de determinación de estado por estadía del proyecto.

<p>1) Fecha de determinación del estado</p> <p><i>La fecha en que se determina que el cliente es elegible para el programa PATH Outreach.</i></p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			/			/					
		/			/							
<p>2) ¿El cliente se inscribió en PATH?</p> <p><i>Si no, el motivo por el cual el cliente no se inscribió:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Se determinó que el cliente no era elegible para PATH</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no fue inscrito por otros motivos</p> <p><input type="checkbox"/> No se puede localizar al cliente</p>											

Nombre del cliente _____

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

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.

<p>1) ¿El cliente tiene actualmente una condición discapacitante?</p> <p><i>Esta pregunta se utiliza junto con otra información para determinar si el cliente cumple los criterios de falta de vivienda crónica.</i></p> <p>Todas las preguntas de esta sección DEBEN responderse incluso si el cliente responde “no” a la condición discapacitante. Si el cliente responde “Sí” a cualquiera de las preguntas siguientes, la respuesta a la pregunta sobre la condición discapacitante también debe ser “Sí” si la condición es discapacitante.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>2) ¿Tiene el cliente alguna discapacidad física?</p> <p><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></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>3) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>4) ¿Tiene el cliente una condición de salud crónica?</p> <p><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></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>5) ¿El cliente tiene VIH – SIDA?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>

Nombre del cliente _____

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

<p>6) ¿Tiene el cliente un trastorno de salud mental?</p> <p><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></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>7) ¿Tiene el cliente un trastorno por consumo de sustancias?</p> <p><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></p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas <input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de alcohol y drogas	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Violencia doméstica [Jefe de familia y adultos]

<p>1) Sobreviviente de violencia doméstica</p> <p><i>Pregúntele al cliente: “¿Alguna vez ha experimentado violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho u otras condiciones peligrosas o potencialmente mortales contra usted o un miembro de su familia, incluido un niño en el lugar donde vivía?”</i></p> <p><i>Si la respuesta es “no”, pase a la sección “Ingresos mensuales: beneficios en efectivo”.</i></p> <p><i>Si la respuesta es “sí”, COMPLETE las preguntas 2 y 3.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>2) Cuándo lo experimentó</p> <p><i>Pregúntele al cliente: “¿Cuánto tiempo hace que tuvo su experiencia más reciente de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho u otras condiciones peligrosas o potencialmente mortales contra usted o un miembro de su familia?”</i></p>	<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Hace entre tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) <input type="checkbox"/> Hace entre seis meses a un año (excluyendo exactamente un año) <input type="checkbox"/> Hace un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>1) ¿Está huyendo actualmente?</p> <p><i>Pregúntele al cliente: “¿Está usted actualmente huyendo o intentando huir de la situación de violencia doméstica, o tiene miedo de regresar al lugar donde vive debido a la situación de violencia doméstica?”</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

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

Ingresos mensuales – Prestaciones en efectivo [Jefe de familia y adultos]

<p>¿Ingresos de cualquier fuente? <i>¿El cliente recibe actualmente algún ingreso de alguna fuente?</i></p> <p>En caso afirmativo, especifique el tipo y la cantidad de ingresos que recibe actualmente el cliente.</p> <p><i>Sólo se deben incluir fuentes regulares, recurrentes y vigentes en la actualidad. Los ingresos recibidos por un miembro menor de edad (menor de 18 años) del hogar (por ejemplo, SSI) deben registrarse junto con la información del jefe de familia.</i></p> <p><i>NO incluya los ingresos recibidos por otros adultos (de 18 años o más) en el hogar; registre sus ingresos en su Formulario de Inscripción al Programa.</i></p> <p>Ingresos totales en efectivo por persona</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos ganados \$</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de desempleo \$</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario SSI (<i>SSI - recibido por personas discapacitadas que no tienen un historial laboral significativo</i>) \$</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social SSDI (<i>SSDI - recibido por personas discapacitadas que tienen un historial laboral significativo</i>) \$</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos (VA)\$</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA \$</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad privado \$</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"/> Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior \$</p> <p><input type="checkbox"/> Manutención de los hijos \$</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otros tipos de manutención conyugal \$</p> <p><input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo \$</p> <p>Si es otro, especifique: _____</p> <p>TOTAL: \$ _____</p>
--	---

Prestaciones no monetarias [Jefe de familia y adultos]

<p>¿Está recibiendo beneficios no monetarios?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
--	---

Nombre del cliente _____

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

<p><i>¿El cliente está recibiendo actualmente uno de los beneficios no monetarios enumerados?</i></p> <p>En caso afirmativo, indique todos los beneficios no monetarios que recibe el cliente:</p> <p><i>Sólo se deben incluir fuentes regulares, recurrentes y vigentes en la actualidad. Registre los beneficios no monetarios recibidos por un miembro menor de edad (menor de 18 años de edad) del hogar bajo la información del jefe de familia.</i></p> <p><i>NO incluya los beneficios recibidos por otros adultos (de 18 años o más) en el hogar; registre sus beneficios en su Inscripción al Programa</i></p>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP/CalFresh) <input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado infantil TANF/CALWORKS <input type="checkbox"/> Servicios de transporte de TANF/CALWORKS <input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF/CALWORKS <input type="checkbox"/> Otro beneficio no monetario Si es otro, especifique: _____ </div>
--	---

Seguro de salud

<p>¿Cubierto por el seguro de salud?</p> <p><i>¿El cliente está actualmente cubierto por un seguro médico?</i></p> <p>Si es así, seleccione el tipo de cobertura de seguro médico del cliente:</p> <p><i>Si el cliente está actualmente cubierto por varios seguros de salud, seleccione todos los que correspondan.</i></p>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder </div> <div style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Medicaid (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Administración de Salud para Veteranos (VHA) <input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador <input type="checkbox"/> Seguro médico obtenido a través de COBRA <input type="checkbox"/> Seguro de salud con pago privado <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Salud para Indígenas <input type="checkbox"/> Otros seguros de salud Si es otro, especifique: _____ </div>
--	---

Información adicional para clientes[Jefe de familia y adultos]

<p>¿Cuál es la orientación sexual del cliente?</p>	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe
---	--	---

Nombre del cliente _____

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

	<input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionando/Inseguro <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
--	--	---

Estado general de salud [Jefe de familia y adultos]

¿Cuál es el estado general de salud del cliente?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
--	--	--

Situación laboral [Jefe de familia y adultos]

¿El cliente está actualmente empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
En caso afirmativo, especifique el tipo de empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional/espórádico (incluido el trabajo por jornal)	
Si no, ¿el cliente está buscando empleo?	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> No puede trabajar <input type="checkbox"/> No esta buscando trabajo	

Nivel de instrucción [Jefe de familia y adultos]

Nombre del cliente _____

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

<p>Especifique el último grado de escuela completado por el cliente</p>	<input type="checkbox"/> Menos de 5to grado <input type="checkbox"/> Grados 5-6 <input type="checkbox"/> Grados 7-8 <input type="checkbox"/> Grados 9-11 <input type="checkbox"/> Grado 12/ Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Certificación vocacional <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>¿El cliente está actualmente inscrito en una escuela o en un programa de capacitación?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>En caso afirmativo, especifique el tipo de escuela o programa de formación.</p>	<input type="checkbox"/> Jardín de infantes – 8vo grado <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Colegio comunitario <input type="checkbox"/> Programa vocacional	<input type="checkbox"/> Programa de capacitación <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Otros

Última dirección permanente [Jefe de familia y adultos]

Pregúntele al cliente sobre la ubicación de su última vivienda permanente antes de este episodio de falta de vivienda. No incluya información sobre el lugar donde se quedaron por última vez en una situación de falta de vivienda, como un refugio o un lugar no destinado para la estadía de personas (por ejemplo, en un automóvil, en la calle o en un parque).

Nombre del cliente _____

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

¿En qué estado vivía anteriormente en vivienda permanente?

Nuevo campo: c_last_permanent_address_state

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> California | <input type="checkbox"/> Maryland | <input type="checkbox"/> Pennsylvania |
| <input type="checkbox"/> Alabama | <input type="checkbox"/> Massachusetts | <input type="checkbox"/> Rhode Island |
| <input type="checkbox"/> Alaska | <input type="checkbox"/> Michigan | <input type="checkbox"/> South Carolina |
| <input type="checkbox"/> Arizona | <input type="checkbox"/> Minnesota | <input type="checkbox"/> South Dakota |
| <input type="checkbox"/> Arkansas | <input type="checkbox"/> Minnesota | <input type="checkbox"/> Tennessee |
| <input type="checkbox"/> Colorado | <input type="checkbox"/> Misuri | <input type="checkbox"/> Texas |
| <input type="checkbox"/> Connecticut | <input type="checkbox"/> Montana | <input type="checkbox"/> Utah |
| <input type="checkbox"/> Delaware | <input type="checkbox"/> Nebraska | <input type="checkbox"/> Vermont |
| <input type="checkbox"/> Florida | <input type="checkbox"/> Nevada | <input type="checkbox"/> Virginia |
| <input type="checkbox"/> Georgia | <input type="checkbox"/> New Hampshire | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Hawai | <input type="checkbox"/> New Jersey | <input type="checkbox"/> West Virginia |
| <input type="checkbox"/> Idaho | <input type="checkbox"/> New Mexico | <input type="checkbox"/> Wisconsin |
| <input type="checkbox"/> Illinois | <input type="checkbox"/> New York | <input type="checkbox"/> Wyoming |
| <input type="checkbox"/> Indiana | <input type="checkbox"/> Carolina del Norte | <input type="checkbox"/> Fuera del país |
| <input type="checkbox"/> Iowa | <input type="checkbox"/> North Dakota | <input type="checkbox"/> El cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Iowa | <input type="checkbox"/> Ohio | <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Kentucky | <input type="checkbox"/> Oklahoma | |
| <input type="checkbox"/> Louisiana | <input type="checkbox"/> Oregon | |
| <input type="checkbox"/> Maine | | |

Si el último estado en el que vivió en una vivienda permanente fue California, ¿en qué condado de California vivía?

Nuevo campo: c_last_permanent_address_county

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condado de Santa Cruz | <input type="checkbox"/> Condado de Marin | <input type="checkbox"/> Condado de San Mateo |
| <input type="checkbox"/> Condado de Alameda | <input type="checkbox"/> Condado de Mariposa | <input type="checkbox"/> Condado de Santa Bárbara |
| <input type="checkbox"/> Condado de Alpine | <input type="checkbox"/> Condado de Mendocino | <input type="checkbox"/> Condado de Santa Clara |
| <input type="checkbox"/> Condado de Amador | <input type="checkbox"/> Condado de Merced | <input type="checkbox"/> Condado de Shasta |
| <input type="checkbox"/> Condado de Butte | <input type="checkbox"/> Condado de Modoc | <input type="checkbox"/> Condado de Sierra |
| <input type="checkbox"/> Condado de Calaveras | <input type="checkbox"/> Condado de Mono | <input type="checkbox"/> Condado de Siskiyou |
| <input type="checkbox"/> Condado de Colusa | <input type="checkbox"/> Condado de Mono | <input type="checkbox"/> Condado de Solano |
| <input type="checkbox"/> Condado de Contra Costa | <input type="checkbox"/> Condado de Napa | <input type="checkbox"/> Condado de Sonoma |
| <input type="checkbox"/> Condado de Contra Costa | <input type="checkbox"/> Condado de Nevada | <input type="checkbox"/> Condado de Stanislaus |
| <input type="checkbox"/> Condado de El Dorado | <input type="checkbox"/> Condado de Orange | <input type="checkbox"/> Condado de Sutter |
| <input type="checkbox"/> Condado de Fresno | <input type="checkbox"/> Condado de Placer | <input type="checkbox"/> Condado de Tehama |
| <input type="checkbox"/> Condado de Glenn | <input type="checkbox"/> Condado de Plumas | <input type="checkbox"/> Condado de Trinity |
| <input type="checkbox"/> Condado de Humboldt | <input type="checkbox"/> Condado de Riverside | <input type="checkbox"/> Condado de Tulare |
| <input type="checkbox"/> Condado Imperial | <input type="checkbox"/> Condado de Sacramento | <input type="checkbox"/> Condado de Tuolumne |
| <input type="checkbox"/> Condado de Inyo | <input type="checkbox"/> Condado de San Benito | <input type="checkbox"/> Condado de Ventura |
| <input type="checkbox"/> Condado de Kern | <input type="checkbox"/> Condado de San Bernardino | <input type="checkbox"/> Condado de Yolo |
| <input type="checkbox"/> Condado de Kings | <input type="checkbox"/> Condado de San Diego | <input type="checkbox"/> Condado de Yuba |
| <input type="checkbox"/> Condado de Lake | <input type="checkbox"/> Condado de San Francisco | <input type="checkbox"/> El cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Condado de Lassen | <input type="checkbox"/> Condado de San Joaquín | <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder |

Nombre del cliente _____

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

<p><i>Si el último lugar donde vivió en una vivienda permanente fue en el condado de Santa Cruz, ¿en qué parte (región) del condado de Santa Cruz vivió?</i> Nuevo campo: c_last_permanent_address_santa_cruz_county</p> <p><i>Si su última vivienda permanente estaba en el norte del condado de Santa Cruz, ¿en qué parte del norte del condado vivía?</i> Nuevo campo: c_last_permanent_address_northern_santa_cruz_county</p> <p><i>Si su última vivienda permanente estaba en el Condado de Mid-Santa Cruz, ¿en qué parte del Condado vivió?</i> Nuevo campo: c_last_permanent_address_mid_santa_cruz_county</p> <p><i>Si su última vivienda permanente estaba en el sur del condado de Santa Cruz, ¿en qué parte del sur del condado vivía?</i> Nuevo campo: c_last_permanent_address_south_santa_cruz_county</p>	<input type="checkbox"/> Condado de Los Ángeles <input type="checkbox"/> Condado de Madera <input type="checkbox"/> Condado de San Luis Obispo	
	<input type="checkbox"/> Condado Norte <input type="checkbox"/> Condado medio <input type="checkbox"/> Condado Sur	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Áreas no incorporadas (por ejemplo, Felton, Ben Lomond, Davenport, otras) <input type="checkbox"/> Ciudad de Santa Cruz <input type="checkbox"/> Ciudad de Scotts Valley <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder	
	<input type="checkbox"/> Áreas no incorporadas (por ejemplo, Live Oak, Soquel, otras) <input type="checkbox"/> Ciudad de Capitola <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Áreas no incorporadas (por ejemplo, Aptos, La Selva, Corralitos, otras) <input type="checkbox"/> Ciudad de Watsonville <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder		

Nombre del cliente _____

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