

<p>4) Fecha de participación <i>(sólo para alcance de la calle o refugio de emergencia noche a noche)</i></p> <p><i>La fecha en que la relación con el cliente da como resultado un plan de acción desarrollado en colaboración con un proveedor.</i></p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>														/			/									Mes			Día			Año					
/			/																																			
Mes			Día			Año																																
<p>5) Conexión a SOAR <i>(jefe/jefa de familia y adultos)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>																																					
<p>6) Situación de vivienda anterior</p> <p><i>¿Cuál era la situación de vivienda del cliente la noche anterior a la inscripción en el proyecto?</i></p> <p><i>Pregunte al cliente: “¿Dónde se alojó o durmió anoche”?</i></p>	<p><u>Situaciones sin hogar</u></p> <p><input type="checkbox"/> Lugar que no está destinado para habitarse (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, autobús/tren/estación de metro/aeropuerto o cualquier lugar en la calle)</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluyendo un hotel o un motel pagado con un vale de refugio de emergencia o un refugio de casa de acogida financiado por RHY</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio seguro</p> <p><u>Situaciones institucionales</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza temporal o hogar de grupo de cuidado de crianza temporal</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital u otro no residencial (centro médico 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 transicional y permanente</u></p> <p><input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterio para personas sin vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Casa de transición para personas sin vivienda (incluidos los jóvenes sin vivienda)</p> <p><input type="checkbox"/> Casa de acogida (para situaciones que no se consideran una crisis)</p>																																					

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

	<input type="checkbox"/> El cliente se queda o vive en la habitación, el apartamento o la casa de un amigo <input type="checkbox"/> El cliente se queda o vive en la habitación, el apartamento o la casa de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> El cliente alquila con subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> El cliente alquila con subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> Vivienda permanente (excepto RRH) para personas anteriormente sin vivienda <input type="checkbox"/> El cliente alquila con RRH o subvención equivalente <input type="checkbox"/> El cliente alquila con bono HCV (basado en proyecto o inquilino) <input type="checkbox"/> El cliente alquila una vivienda pública <input type="checkbox"/> El cliente alquila sin subsidio de vivienda continuo <input type="checkbox"/> El cliente alquila con otro subsidio de vivienda continuo <input type="checkbox"/> El cliente es propietario de vivienda con subsidio de vivienda continuo <input type="checkbox"/> El cliente es propietario de vivienda sin subsidio de vivienda continuo Otras <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder		
7) Duración de la estancia en la situación de vivienda anterior <i>¿Cuánto tiempo ha estado durmiendo/alojándose en el lugar donde se alojó/durmió anoche? Si el cliente ha permanecido en situaciones similares (por ejemplo, fuera, casas de amigos) pero no exactamente en el mismo LUGAR, incluya el tiempo total en ese tipo de situación.</i>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <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 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <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 lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </td> </tr> </table>	<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"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
<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"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder		
8) Si el cliente se quedó en una situación institucional anoche, ¿la estancia fue de menos de 90 días? Si la respuesta es "Sí", ¿el cliente se quedó en la calle o en un refugio de emergencia la noche antes de ir a la situación institucional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

<p>9) Si el cliente se quedó en una situación institucional anoche, ¿la estancia fue de menos de 7 días?</p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿el cliente se quedó en la calle o en un refugio de emergencia la noche antes de ir al lugar transitorio 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>10) Fecha aproximada de inicio de esta situación actual sin vivienda:</p> <p><i>¿Cuándo comenzó la situación actual sin vivienda?</i></p> <p><i>Una interrupción en la falta de vivienda se define como estar fuera de la calle o fuera del refugio durante 7 días o más o pasar 90 días o más en una institución.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No aplica</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="6">Año</td> </tr> </table> </div> <p style="color: red; font-weight: bold;">Esta información puede ser brindada por el cliente</p>			/			/					Mes		Día		Año					
		/			/																
Mes		Día		Año																	
<p>11) Número de veces que el cliente ha estado en la calle o en un refugio de emergencia en los últimos tres años, incluyendo hoy</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Una vez</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Cuatro o más veces</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Dos veces</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Tres veces</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Cuatro o más veces	<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder														
<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Cuatro o más veces																				
<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe																				
<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder																				
<p>12) Número total de meses que el cliente ha estado en la calle o en un refugio de emergencia en los últimos tres años</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 7 meses</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 12 meses</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 2 meses</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 8 meses</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Más de 12 meses</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 3 meses</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 9 meses</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 4 meses</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 10 meses</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 5 meses</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 11 meses</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 6 meses</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)	<input type="checkbox"/> 7 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> 2 meses	<input type="checkbox"/> 8 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 9 meses	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> 4 meses	<input type="checkbox"/> 10 meses	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder	<input type="checkbox"/> 5 meses	<input type="checkbox"/> 11 meses		<input type="checkbox"/> 6 meses				
<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)	<input type="checkbox"/> 7 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses																			
<input type="checkbox"/> 2 meses	<input type="checkbox"/> 8 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses																			
<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 9 meses	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe																			
<input type="checkbox"/> 4 meses	<input type="checkbox"/> 10 meses	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder																			
<input type="checkbox"/> 5 meses	<input type="checkbox"/> 11 meses																				
<input type="checkbox"/> 6 meses																					

Estado de PATH

<p>1) Fecha de determinación del estado</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="6">Año</td> </tr> </table> </div>			/			/					Mes		Día		Año					
		/			/																
Mes		Día		Año																	

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

<p>2) ¿El cliente se ha inscrito en PATH?</p> <p style="color: red; font-style: italic;">Si la respuesta No, el motivo por el que el cliente no se inscribió.</p>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> <div style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Se determinó que el cliente no reúne los requisitos para PATH <input type="checkbox"/> El cliente no se ha inscrito por otros motivos <input type="checkbox"/> No se puede localizar al cliente </div>
--	--

Condiciones Discapacitantes (se requieren todas las respuestas)

<p>1) ¿El cliente tiene una condición discapacitante?</p> <p style="font-style: italic;">Una condición discapacitante es una condición de salud que interfiere con conseguir o mantener una vivienda estable.</p> <p style="font-style: italic;">Esta pregunta se usa con otra información para determinar si el cliente cumple con los criterios de falta de vivienda crónica.</p> <p style="color: red; font-weight: bold; font-style: italic;">Todas las preguntas de esta sección DEBEN ser contestadas incluso si la respuesta es "no" a esta pregunta.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div>
<p>2) ¿El cliente tiene una discapacidad física?</p> <p style="font-style: italic;">Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; background-color: #cccccc; padding: 2px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 2px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div>
<p>3) ¿El cliente tiene una discapacidad del desarrollo?</p> <p style="font-style: italic;">Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; background-color: #cccccc; padding: 2px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 2px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

<p>4) ¿El cliente tiene una condición de salud crónica?</p> <p><i>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
<p>5) ¿El cliente tiene VIH-SIDA?</p> <p><i>Si la respuesta es Sí, ¿se espera que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
<p>6) ¿El cliente tiene un trastorno de salud mental?</p> <p><i>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
<p>7) ¿Tiene el cliente algún trastorno por consumo de sustancias?</p> <p><i>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</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"/> Trastorno por abuso de alcohol y drogas	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Violencia doméstica

<p>1) Víctima/sobreviviente de violencia doméstica</p> <p><i>Pregúntele al cliente: "¿Ha sufrido alguna vez violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho u otras condiciones peligrosas o que ponen en peligro la vida contra usted o contra un miembro de su familia, incluido un niño, que haya ocurrido en el lugar donde vivía?"</i></p> <p>Si la respuesta es "no", vaya a la sección "Ingresos mensuales - Beneficios en efectivo".</p> <p>Si la respuesta es "sí", RESPONDA a las preguntas 2 y 3.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>2) Incidencia más reciente</p> <p><i>Pregúntele al cliente: "¿Hace cuánto tiempo tuvo su experiencia más reciente de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho u otras condiciones peligrosas o potencialmente mortales?"</i></p>	<p><input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) <input type="checkbox"/> Hace seis meses a un año (excluyendo exactamente un año) <input type="checkbox"/> Hace un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>3) Estatus actual</p> <p><i>Pregúntele al cliente: "¿Está huyendo o intentando huir de la situación de violencia doméstica, o tiene miedo de regresar al lugar en el que vive?"</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Ingresos mensuales - Beneficios en efectivo

<p>¿Ingresos actuales de cualquier fuente? <i>¿El cliente recibe algún ingreso de alguna fuente?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>Especifique el(los) tipo(s) y la cantidad(s) de ingresos que el cliente recibe actualmente.</p> <p><i>Sólo deben incluirse las fuentes periódicas y recurrentes que están vigentes hasta hoy. Los ingresos recibidos por un menor (menor de 18 años) que sea miembro del hogar (por ejemplo, Seguridad de Ingreso Suplementario) deben registrarse con la información del jefe del hogar.</i></p> <p><i>NO incluya los ingresos recibidos por otras personas adultas (de 18 años o más) en el hogar; registre sus ingresos en su Formulario de inscripción.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro por desempleo \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de la Administración de Veteranos \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad que no esté relacionada con el servicio de la Administración de Veteranos \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad \$ _____</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 por jubilación del Seguro Social \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación de un antiguo trabajo \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Manutención de menores \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otro apoyo conyugal \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo \$ _____</p> <p>Si hay otro, especifique: _____</p>
<p>Total de ingresos en efectivo del cliente</p>	<p>TOTAL: \$ _____</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Beneficios que no son en efectivo

<p>¿Recibe actualmente beneficios que no son en efectivo? <i>¿Recibe el cliente actualmente uno de los beneficios no monetarios que se enumeran a continuación?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>Si la respuesta es Sí, indique todos los beneficios no monetarios que el cliente recibe:</p> <p><i>Sólo deben incluirse las fuentes periódicas y recurrentes que están vigentes hasta hoy. Registre los beneficios no monetarios recibidos por un miembro menor (menor de 18 años de edad) del hogar según la información del feje del hogar.</i></p> <p><i>NO incluya los beneficios recibidos por otras personas adultas (de 18 años o más) en el hogar; registre sus beneficios en su Formulario de inscripción.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)/Cal Fresh <input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Servicios TANF/CALWORKS para el cuidado de niños <input type="checkbox"/> Servicios de transporte TANF/CALWORKS <input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF/CALWORKS <input type="checkbox"/> Otros beneficios que no sean en efectivo</p> <p>Si hay otro, especifique: _____</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Seguro de salud

<p>¿Actualmente tiene cobertura de un seguro de salud? <i>¿El cliente tiene actualmente cobertura de un seguro de salud?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>Si la respuesta es Sí, tipo(s) de seguro(s): <i>Si el cliente tiene actualmente cobertura de varios seguros de salud, seleccione todos los que correspondan.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Medicaid (igual que Medi-Cal) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA) <input type="checkbox"/> Seguro de salud proporcionado por el empleador <input type="checkbox"/> Seguro de salud obtenido a través de COBRA <input type="checkbox"/> Seguro de salud de pago privado <input type="checkbox"/> Seguro estatal de salud para adultos <input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud para Indígenas Estadounidense <input type="checkbox"/> Otro seguro de salud Si hay otro, especifique: _____</p>

Estado de empleo

<p>¿Trabaja actualmente? <i>¿El cliente trabaja actualmente?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>Si la respuesta es Sí, especifique el tipo de empleo</p>	<p><input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional/espórádico (incluyendo jornalero durante el día)</p>
<p>Si la respuesta es No, ¿el cliente está buscando empleo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Está buscando empleo <input type="checkbox"/> No puede trabajar <input type="checkbox"/> No está buscando empleo</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Estado de educación

Especifique el último grado escolar que finalizó el cliente	<input type="checkbox"/> Menos del grado 5 <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 preparatoria <input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado	<input type="checkbox"/> GED (examen desarrollo de educación general) <input type="checkbox"/> Un poco de colegio <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Título de posgrado <input type="checkbox"/> Certificación profesional <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
¿Está el cliente <u>inscrito</u> actualmente en la escuela o en un programa de capacitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Si la respuesta es Sí, especifique el tipo de escuela o programa de capacitación	<input type="checkbox"/> Kindergarten - 8 ^{to} grado <input type="checkbox"/> Escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Colegio comunitario <input type="checkbox"/> Programa vocacional	<input type="checkbox"/> Programa de capacitación <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Otro

Estado general de salud (solo jefe/jefa de familia)

Estado general de salud del cliente:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
---	---	---

Última dirección permanente

<u>Esta es la dirección de la última vivienda permanente del cliente antes de esta experiencia de falta de vivienda:</u> no debe ser la dirección de un refugio o una ubicación que no está destinada para habitarse, como las calles o un parque.	Domicilio	Ciudad
	Estado	Código postal

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____