

Nombre del cliente _____
N.º de HMIS _____
Nombre del personal _____
Fecha en la que se llenó el formulario _____

Salida del Programa de Servicios de Apoyo para Familias de Veteranos (SSVF) del Sistema de Información de Gestión de Personas sin Vivienda (HMIS) del Condado de Santa Cruz

El proveedor de servicios debe llenar este formulario a medida que entrevista al cliente antes de salir del proyecto. Llene un formulario estándar de salida por separado por cada miembro del hogar. Si el proveedor de servicios no puede completar una entrevista antes de la salida del cliente, el proveedor debe llenar 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 en que se recopilaron.

		/			/				
Mes			Día			Año			

Destino

¿Cuál de las siguientes opciones coincide más con el lugar donde se quedará el cliente justo después de salir de este proyecto?

Situaciones sin hogar

- Lugar que no está destinado para habitarse (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, autobús/tren/aeropuerto o cualquier lugar en la calle)
- 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
- Vivienda transitoria para personas sin vivienda (incluyendo jóvenes sin vivienda)
- Se mudó de un proyecto financiado por HOPWA a una vivienda transitoria de HOPWA

Situaciones temporales de personas sin vivienda

- Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia
- Proyecto residencial o casa de transición sin criterio para personas sin vivienda
- Se queda o vive con familia, tenencia temporal (p. ej., habitación, apartamento o casa)
- Se queda o vive con amigos, tenencia temporal (p. ej., habitación, apartamento o casa)

Situaciones institucionales

- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Cárcel, prisión o centro de detención de menores
- Hogar de cuidado de crianza temporal o hogar colectivo de cuidado de crianza temporal
- Centro de cuidado a largo plazo o hogar de ancianos

Vivienda permanente continua

- El cliente alquila con RRH o subvención equivalente
- Vivienda permanente (excepto RRH) para personas anteriormente sin vivienda
- Se mudó de un proyecto financiado por HOPWA a una vivienda permanente de HOPWA

Alquiler/es propietario con subsidio

- El cliente alquila con subsidio de vivienda GPD TIP
- El cliente alquila con subsidio de vivienda VASH
- El cliente alquila con otro subsidio de vivienda continuo
- El cliente es propietario de vivienda sin subsidio de vivienda continuo

Alquiler/es propietario sin subsidio

- El cliente alquila sin subsidio de vivienda continuo
- El cliente es propietario de vivienda sin subsidio de vivienda continuo

Otros situaciones permanentes

- Se queda o vive con la familia, tenencia permanente
- Se queda o vive con amigos, tenencia permanente

Otras (aparte de personas fallecidas, existen situaciones muy limitadas aplicables a estas opciones. Compruebe que no hay una opción más adecuada antes de utilizarla).

- Fallecido
- No se ha completado ninguna entrevista de salida
- Otro (especificar)
- El cliente no lo sabe
- El cliente se negó a responder

Nombre del cliente _____

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

Dirección temporal o permanente

<p><u>Si el cliente se está mudando/se mudó a una vivienda temporal o permanente, por favor tome escriba la dirección de la residencia.</u></p> <p>RECORDATORIO IMPORTANTE: cuando el cliente se muda a una unidad de vivienda permanente mientras está inscrito en los programas de realojamiento rápido, vivienda de apoyo permanente u otros programas de vivienda permanente, asegúrese de que la "Fecha de mudanza a la vivienda" en la pantalla de inscripción esté completa.</p>	Domicilio	Ciudad																				
	Estado	Código postal																				
Fecha de mudanza (cuando sea necesario completar la fecha de mudanza a la vivienda en la pantalla de inscripción)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></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/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Condiciones Discapacitantes

Una condición discapacitante es una condición de salud que interfiere con conseguir o mantener una vivienda estable.

<p>1) ¿El cliente tiene una discapacidad física?</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
<p>2) ¿El cliente tiene una discapacidad del desarrollo?</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
<p>3) ¿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

Nombre del cliente _____

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

<p>4) ¿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>5) ¿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>6) ¿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"/> Trastornos por consumo 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) _____

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 salida.</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: \$ _____</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>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 salida.</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><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 tiene 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 tiene 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>

Nombre del cliente _____

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

Información de salida de HUD-VASH (solo HUD-VASH)

Motivo de salida de la gestión de casos

<input type="checkbox"/> Objetivos alcanzados o servicios obtenidos y no necesita gestión de casos	<input type="checkbox"/> No se puede localizar al veterano
<input type="checkbox"/> Trasladado a otro sitio del programa HUD-VASH	<input type="checkbox"/> El veterano está demasiado enfermo para participar en este momento
<input type="checkbox"/> Encontró/eligió otra vivienda	<input type="checkbox"/> El veterano está encarcelado
<input type="checkbox"/> No cumplió con la gestión de casos de HUD-VASH	<input type="checkbox"/> El veterano ha fallecido
<input type="checkbox"/> Desalojo u otros asuntos relacionados con la vivienda	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Insatisfacción con la vivienda de HUD-VASH	
<input type="checkbox"/> Ya reúne los requisitos del financiamiento para el vale de HUD-VASH	
<input type="checkbox"/> Ya no está interesado en participar en este programa	

Conexión a SOAR

<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
--

Estado de empleo

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

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 actualmente</u> 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° 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"/> Buena <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
---	---	---

Nombre del cliente _____

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