

Nombre del cliente _____

N.º de HMIS _____

Nombre del personal _____

Fecha en la que se llenó el formulario

Evaluación de Estado en el 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. Llene un formulario estándar de actualización por separado por cada miembro del hogar. Este formulario debe ser completado cada año que un cliente ha sido inscrito en un programa específico. El formulario también debe completarse cuando el personal sepa que el estado de un cliente ha cambiado para que la información importante se actualice.

Dirección temporal o permanente

<u>Si el cliente vive en una vivienda temporal o permanente, por favor tome escriba la dirección de la residencia.</u> 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.	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" style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Mes Día Año			/			/				
		/			/						

Condiciones Discapacitantes

1) ¿El cliente tiene una condición discapacitante? <i>Una condición discapacitante es una condición de salud que interfiere con conseguir o mantener una vivienda estable.</i> <i>Esta pregunta se usa con otra información para determinar si el cliente cumple con los criterios de falta de vivienda crónica.</i> Todas las preguntas de esta sección DEBEN ser contestadas incluso si la respuesta es "no" a esta pregunta.	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder
2) ¿El cliente tiene una discapacidad física? <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>	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder
3) ¿El cliente tiene una discapacidad del desarrollo? <i>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i>	☐ Sí ☐ No ☐ 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) _____

4) ¿El cliente tiene una condición de salud crónica? <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>	<table border="1"> <tr> <td>☐ Sí</td> <td>☐ El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td>☐ No</td> <td>☐ El cliente se negó a responder</td> </tr> </table>	☐ Sí	☐ El cliente no lo sabe	☐ No	☐ El cliente se negó a responder		
☐ Sí	☐ El cliente no lo sabe						
☐ No	☐ El cliente se negó a responder						
5) ¿El cliente tiene VIH-SIDA? <i>Si la respuesta es Sí, ¿se espera que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i>	<table border="1"> <tr> <td>☐ Sí</td> <td>☐ El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td>☐ No</td> <td>☐ El cliente se negó a responder</td> </tr> </table>	☐ Sí	☐ El cliente no lo sabe	☐ No	☐ El cliente se negó a responder		
☐ Sí	☐ El cliente no lo sabe						
☐ No	☐ El cliente se negó a responder						
6) ¿El cliente tiene un trastorno de salud mental? <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>	<table border="1"> <tr> <td>☐ Sí</td> <td>☐ El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td>☐ No</td> <td>☐ El cliente se negó a responder</td> </tr> </table>	☐ Sí	☐ El cliente no lo sabe	☐ No	☐ El cliente se negó a responder		
☐ Sí	☐ El cliente no lo sabe						
☐ No	☐ El cliente se negó a responder						
7) ¿Tiene el cliente algún trastorno por consumo de sustancias? <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>	<table border="1"> <tr> <td> ☐ No ☐ Trastorno por consumo de alcohol ☐ Trastorno por consumo de drogas ☐ Trastornos por abuso de alcohol y drogas </td> <td> ☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder </td> </tr> <tr> <td>☐ Sí</td> <td>☐ El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td>☐ No</td> <td>☐ El cliente se negó a responder</td> </tr> </table>	☐ No ☐ Trastorno por consumo de alcohol ☐ Trastorno por consumo de drogas ☐ Trastornos por abuso de alcohol y drogas	☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder	☐ Sí	☐ El cliente no lo sabe	☐ No	☐ El cliente se negó a responder
☐ No ☐ Trastorno por consumo de alcohol ☐ Trastorno por consumo de drogas ☐ Trastornos por abuso de alcohol y drogas	☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder						
☐ Sí	☐ El cliente no lo sabe						
☐ No	☐ El cliente se negó a responder						

Nombre del cliente _____

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

Violencia doméstica

1) Víctima/sobreviviente de violencia doméstica <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/a, que haya ocurrido en el lugar donde vivía?"</i> Si la respuesta es "no", vaya a la sección "Ingresos mensuales - Beneficios en efectivo". Si la respuesta es "sí", RESPONDA a las preguntas 2 a 3.	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder
2) Incidencia más reciente <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>	☐ En los últimos tres meses ☐ Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) ☐ Hace seis meses a un año (excluyendo exactamente un año) ☐ Hace un año o más ☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder
3) Estatus actual <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>	☐ Sí ☐ No ☐ 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) _____

Ingresos mensuales - Beneficios en efectivo

¿Ingresos actuales de cualquier fuente? <i>¿El cliente recibe algún ingreso de alguna fuente?</i> Especifique el(los) tipo(s) y la cantidad(s) de ingresos que el cliente recibe actualmente. <i>Sólo deben incluirse las fuentes periódicas y recurrentes que están vigentes hasta hoy. Los ingresos (por ejemplo, Seguridad de Ingreso Suplementario) recibidos por un miembro menor del hogar (menor de 18 años) deben registrarse con la información del jefe del hogar.</i> <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>	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder ☐ Ingresos generados \$ _____ ☐ Seguro por desempleo \$ _____ ☐ Seguridad de ingreso suplementario (SSI) \$ _____ ☐ Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ _____ ☐ Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de la Administración de Veteranos \$ _____ ☐ Pensión por discapacidad que no esté relacionada con el servicio de la Administración de Veteranos \$ _____ ☐ Seguro privado por discapacidad \$ _____ ☐ Compensación al trabajador \$ _____ ☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas TANF/CalWORKs \$ _____ ☐ Asistencia General (GA) \$ _____ ☐ Ingresos por jubilación del Seguro Social \$ _____ ☐ Ingresos de pensión o jubilación de un antiguo trabajo \$ _____ ☐ Manutención de menores \$ _____ ☐ Pensión alimenticia y otro apoyo conyugal \$ _____ ☐ Otros ingresos en efectivo \$ _____ Si hay otro, especifique: _____
Total de ingresos en efectivo del cliente	TOTAL: \$ _____

Nombre del cliente _____

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

Beneficios que no son en efectivo

¿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> Si la respuesta es Sí, indique todos los beneficios no monetarios que el cliente recibe: <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 jefe del hogar.</i> <i>NO incluya los beneficios recibidos por otras personas adultas (de 18 años o más) en el hogar; registre sus ingresos en su Formulario de inscripción.</i>	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)/CalFresh ☐ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) ☐ Servicios TANF/CALWORKS para el cuidado de niños ☐ Servicios de transporte TANF/CALWORKS ☐ Otros servicios financiados por TANF/CALWORKS ☐ Otros beneficios que no sean en efectivo Si hay otro, especifique: _____
--	---

Nombre del cliente _____

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

Seguro de salud

¿Actualmente tiene cobertura de un seguro de salud? <i>¿El cliente tiene actualmente tiene cobertura de un seguro de salud?</i>	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder
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>	☐ Medicaid (igual que Medi-Cal) ☐ Medicare ☐ Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (CHIP) ☐ Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA) ☐ Seguro de salud proporcionado por el empleador ☐ Seguro de salud obtenido a través de COBRA ☐ Seguro de salud de pago privado ☐ Seguro estatal de salud para adultos ☐ Programa de Servicio de Salud para Indígenas Estadounidense ☐ Otro seguro de salud Si hay otro, especifique: _____

Conexión a SOAR

☐ No ☐ Sí	☐ El cliente se negó a responder ☐ El cliente no lo sabe
--	---

Estado de empleo

¿Trabaja actualmente? <i>¿El cliente trabaja actualmente?</i>	☐ Sí ☐ El cliente no lo sabe ☐ No ☐ El cliente se negó a responder
Si la respuesta es Sí, especifique el tipo de empleo	☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Estacional/esporádico (incluyendo jornalero durante el día)
Si la respuesta es No, ¿el cliente está buscando empleo?	☐ Está buscando empleo ☐ No puede trabajar ☐ 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	☐ Menos del grado 5 ☐ Grados 5-6 ☐ Grados 7-8 ☐ Grados 9-11 ☐ Grado 12/diploma de escuela preparatoria ☐ El programa escolar no tiene niveles de grado	☐ GED (examen desarrollo de educación general) ☐ Un poco de colegio ☐ Título de asociado ☐ Título de licenciatura ☐ Título de posgrado ☐ Certificación profesional ☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder	
	¿Está el cliente <u>inscrito</u> actualmente en la escuela o en un programa de capacitación?	☐ Sí ☐ No	☐ El cliente no lo sabe ☐ El cliente se negó a responder
	Si la respuesta es Sí, especifique el tipo de escuela o programa de capacitación	☐ Kindergarten - 8° grado ☐ Escuela preparatoria ☐ Colegio comunitario ☐ Programa vocacional	☐ Programa de capacitación ☐ Universidad ☐ Otro

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

Estado general de salud del cliente:	☐ Regular ☐ Bueno ☐ Muy bien ☐ Excelente	☐ 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) _____