

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

Evaluación Estándar Evaluación de Estado en el 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. Complete 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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|-----|--|---|-----|--|---|--|--|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|--|
| <p><u>Si el cliente vive en 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" style="margin: 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="4" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table> | | | | / | | | / | | | | | Mes | | | Día | | | Año | | | |
| | | / | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mes | | | Día | | | Año | | | | | | | | | | | | | | | | |

Condiciones Discapacitantes

| | |
|--|---|
| <p>1) ¿El cliente tiene una condición discapacitante? Una condición discapacitante es una condición de salud que interfiere con conseguir o mantener una vivienda estable.</p> <p>Esta pregunta se usa con otra información para determinar si el cliente cumple con los criterios de falta de vivienda crónica.</p> <p><i>Todas las preguntas de esta sección DEBEN ser contestadas incluso si la respuesta es "no" a esta pregunta.</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 física?</p> <p>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> | <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 discapacidad del desarrollo?</p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</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>4) ¿El cliente tiene una condición de salud crónica?</p> <p>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> | <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>5) ¿El cliente tiene VIH-SIDA?</p> <p style="margin-top: 20px;"><i>Si la respuesta es Sí, ¿se espera que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i></p> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table> | <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 | | | | |
| <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 | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table> | <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 | | | | |
| <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>6) ¿El cliente tiene un trastorno de salud mental?</p> <p style="margin-top: 20px;"><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> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table> | <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 | | | | |
| <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 | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table> | <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 | | | | |
| <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>7) ¿Tiene el cliente algún trastorno por consumo de sustancias?</p> <p style="margin-top: 20px;"><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> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de alcohol y drogas</td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe | <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol | <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder | <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas | | <input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de alcohol y drogas | |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol | <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de alcohol y drogas | | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table> | <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 | | | | |
| <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 | | | | | | | | |

Nombre del cliente _____

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

Violencia doméstica

| | |
|---|---|
| <p>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, que haya ocurrido en el lugar donde vivía?"</i></p> <p><i>Si la respuesta es "no", vaya a la sección "Ingresos mensuales - Beneficios en efectivo".</i></p> <p><i>Si la respuesta es "Sí", RESPONDA a las preguntas 2 a 3.</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>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></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 <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"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <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> | <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>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 (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></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> | <input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro por desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de la Administración de Veteranos \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad que no esté relacionada con el servicio de la Administración de Veteranos \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad \$ _____ <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador \$ _____ <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas TANF/CalWORKs \$ _____ <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos por jubilación del Seguro Social \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación de un antiguo trabajo \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención de menores \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otro apoyo conyugal \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo \$ _____ Si hay otro, especifique: _____ |
| <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"/> 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, 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 jefe del hogar.</i></p> <hr/> <p><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></p> | <p><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)/CalFresh</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios TANF/CALWORKS para el cuidado de niños</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de transporte TANF/CALWORKS</p> <p><input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF/CALWORKS</p> <p><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> | <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>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> | <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: _____ |

Bienestar y estado general de salud (solo jefe/jefa de familia)

| | |
|---|--|
| <p>1) El cliente percibe que su vida tiene valor y dignidad</p> | <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Un poco en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó |
| <p>2) El cliente percibe que tiene el apoyo de otras personas que escucharán sus problemas.</p> | <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Un poco en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó |
| <p>3) El cliente percibe que tiene una tendencia a recuperarse después de tiempos difíciles.</p> | <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Un poco en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó |

Nombre del cliente _____

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

| | | |
|---|--|---|
| 4) Frecuencia del cliente de sentirse nervioso, tenso, preocupado, frustrado o asustado. | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Varias veces al mes <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> Al menos todos los días | <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder |
| 5) 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 |

Estado de empleo

| | | |
|---|---|---|
| ¿Trabaja actualmente? <i>¿El cliente trabaja actualmente?</i> | <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 empleo | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional/esporádico (incluyendo jornalero durante el día) | |
| Si la respuesta es No, ¿el cliente está buscando empleo? | <input type="checkbox"/> Está buscando empleo <input type="checkbox"/> No puede trabajar <input type="checkbox"/> No está buscando empleo | |

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 inscrito 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 |

Nombre del cliente _____

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

HMIS STANDARD STATUS ASSESSMENT FEBRUARY 2022
(FORMULARIO ESTÁNDAR DE EVALUACIÓN DE ESTADO EN EL HMIS DE FEBRERO DE 2022)

| | |
|---|--|
| Si la respuesta es Sí, especifique el tipo de escuela o programa de capacitación | <input type="checkbox"/> Kindergarten - 8° grado <input type="checkbox"/> Programa de capacitación <input type="checkbox"/> Escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Colegio comunitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Programa vocacional |
|---|--|

Nombre del cliente _____

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