

Nombre de la agencia: _____



Sistema CLARITY de gestión de la información de las personas sin hogar: [Sistema de Prevención de la Falta de Vivienda] La secretaria del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano - Atención Continua
FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ESTADO

Utiliza letra de molde para el texto y rellena los círculos correspondientes.
Por favor completar un formulario por cada miembro del hogar.

NOMBRE O IDENTIFICADOR DEL CLIENTE: _____

FECHA DE ESTADO DEL PROYECTO [Todos los clientes]

		-			-				
Mes			Día			Año			

EN VIVIENDA PERMANENTE [El desarrollo de viviendas de apoyo permanente, para las cabezas de familia]

☐ No	☐ Sí
SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, A VIVIENDA PERMANENTE	
Fecha de mudanza a la vivienda: (Ver Nota*) <i>*Si el cliente se ha mudado a una vivienda permanente, asegúrese de actualizarlo en la pantalla de inscripción.</i>	

DISCAPACIDAD FÍSICA [Todos los clientes]

☐ No	☐ El cliente no sabe	
☐ Sí	☐ El cliente prefiere no contestar	
	☐ Datos no obtenidos	
SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, A DISCAPACIDAD FÍSICA – ESPECIFIQUE		
¿Se espera que sea de duración larga-continuada e indefinida y que sustancialmente empeora su capacidad de vivir de forma independiente?	☐ No	☐ El cliente no sabe
	☐ Sí	☐ El cliente prefiere no contestar
		☐ Datos no obtenidos

DISCAPACIDAD DE DESARROLLO [Todos los clientes]

☐ No	☐ El cliente no sabe
☐ Sí	☐ El cliente prefiere no contestar
	☐ Datos no obtenidos

ENFERMEDADES CRÓNICAS [Todos los clientes]

☐ No	☐ El cliente no sabe
--------------------------	--

☐ Sí	☐ El cliente prefiere no contestar
	☐ Datos no obtenidos

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, A ENFERMEDADES CRÓNICAS – ESPECIFIQUE

¿Se espera que sea de duración larga-continuada e indefinida y que sustancialmente empeora su capacidad de vivir de forma independiente?	☐ No	☐ El cliente no sabe
	☐ Sí	☐ El cliente prefiere no contestar
		☐ Datos no obtenidos

VIH-SIDA [Todos los clientes]

☐ No	☐ El cliente no sabe
☐ Sí	☐ El cliente prefiere no contestar
	☐ Datos no obtenidos

TRASTORNO DE SALUD MENTAL [Todos los clientes]

☐ No	☐ El cliente no sabe
☐ Sí	☐ El cliente prefiere no contestar
	☐ Datos no obtenidos

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, A TRASTORNO DE SALUD MENTAL – ESPECIFIQUE

¿Se espera que sea de duración larga-continuada e indefinida y que sustancialmente empeora su capacidad de vivir de forma independiente?	☐ No	☐ El cliente no sabe
	☐ Sí	☐ El cliente prefiere no contestar
		☐ Datos no obtenidos

TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS [Todos los clientes]

☐ No	☐ Trastorno por consumo de alcohol y drogas
☐ Trastorno por consumo de alcohol	☐ El cliente no sabe
	☐ El cliente prefiere no contestar
☐ Trastorno por consumo de drogas	☐ Datos no obtenidos

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, A TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL O TRASTORNO POR CONSUMO DE DROGAS O TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS – ESPECIFICA

¿Se espera que sea de duración larga-continuada e indefinida y que sustancialmente empeora su capacidad de vivir de forma independiente?	☐ No	☐ El cliente no sabe
	☐ Sí	☐ El cliente prefiere no contestar
		☐ Datos no obtenidos

SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA [Cabeza de familia y adultos]

☐	No	☐	El cliente no sabe
☐	Sí	☐	El cliente prefiere no contestar
		☐	Datos no obtenidos

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, A SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA
CUANDO OCURRIÓ LA EXPERIENCIA

☐	En los últimos tres meses	☐	Hace un año o más
☐	De tres a seis meses atrás (excluyendo exactamente seis meses)	☐	El cliente no sabe
		☐	El cliente prefiere no contestar
☐	De seis meses a un año (excluyendo exactamente un año)	☐	Datos no obtenidos

¿Estás huyendo?	☐	No	☐	El cliente no sabe
		☐	Sí	El cliente prefiere no contestar
			☐	Datos no obtenidos

INGRESOS PROCEDENTES DE TODO TIPO DE FUENTES [Cabeza de familia y adultos]

☐	No	☐	El cliente no sabe
☐	Sí	☐	El cliente prefiere no responder
		☐	Datos no recabados

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, A INGRESOS PROCEDENTES DE TODO TIPO DE FUENTES – INDIQUE TODAS LAS FUENTES PERTINENTES

Fuente de ingresos		Cantidad	Fuente de ingresos		Cantidad
☐	Ingresos salariales		☐	Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)	
☐	Seguro de desempleo		☐	Asistencia general (GA, por sus siglas en inglés)	
☐	Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés)		☐	Ingreso por jubilación del Seguro Social	
☐	Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, sigla en inglés)		☐	Pensión o ingresos por jubilación de un trabajo anterior	
☐	Compensación para veteranos por discapacidad relacionadas con el servicio militar		☐	Manutención	
☐	Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos		☐	Pensión alimenticia y otras ayudas al cónyuge	
☐	Seguro privado por discapacidad		☐	Otra fuente de ingresos (especifique):	
☐	Indemnización por accidente laboral				

Ingreso mensual del individuo:

RECIBE BENEFICIOS QUE NO SON MONETARIOS [*Cabeza de familia y adultos*]

☐	No	☐	<i>El cliente no sabe</i>
☐	Sí	☐	<i>El cliente prefiere no responder</i>
		☐	<i>Datos no recabados</i>

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, A BENEFICIOS QUE NO SON MONETARIOS – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE CORRESPONDAN

☐	Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)	☐	Servicios de cuidado de niños TANF
☐	Programa especial de nutrición complementaria para mujeres, infantes y niños (WIC, por sus siglas en inglés)	☐	Servicios de transporte de TANF
☐	Otra (<i>especifique</i>):	☐	Otros servicios financiados por TANF

CUBIERTO POR EL SEGURO MÉDICO [*Todos los clientes*]

☐	No	☐	<i>El cliente no sabe</i>
☐	Sí	☐	<i>El cliente prefiere no responder</i>
		☐	<i>Datos no recabados</i>

SI HA RESPONDIDO “SÍ”, AL SEGURO MÉDICO - DETALLES DE LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO

☐	MEDICAID	☐	Seguro médico brindado por el empleador
☐	MEDICARE	☐	El seguro de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés)
☐	Seguro médico estatal para niños (SCHIP, por sus siglas en inglés)	☐	Seguro médico privado
☐	Administración de Salud para Veteranos (VHA, por sus siglas en inglés)	☐	Seguro médico estatal para adultos
☐	Otra (<i>especifica</i>):	☐	El Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos (IHS, por sus siglas en inglés)

Firma de la persona solicitante, declarando que toda la información es verdadera y correcta

Fecha