

Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_



**Sistema CLARITY de gestión de la información de las  
personas sin hogar: FORMULARIO DE SALIDA DEL  
PROYECTO DEL DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y  
DESARROLLO URBANO - ATENCIÓN CONTINUA**

Escriba con letras mayúsculas y rellene los círculos que le correspondan.  
Complete un formulario separado para cada miembro del hogar.

**NOMBRE O IDENTIFICADOR DEL CLIENTE:**

\_\_\_\_\_

**FECHA DE SALIDA DEL PROYECTO [Todos los clientes]**

|     |  |     |  |  |   |     |  |  |  |
|-----|--|-----|--|--|---|-----|--|--|--|
|     |  | -   |  |  | - |     |  |  |  |
| Mes |  | Día |  |  |   | Año |  |  |  |

**DESTINO [Todos los clientes]**

|                       |                                                                                                                                                                                          |                       |                                                             |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | Lugar que no fue pensado para ser habitado (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, una estación/aeropuerto de autobús/tren/subterráneo, o cualquier otro lugar al aire libre) | <input type="radio"/> | Paso de un Proyecto financiado por HOPWA a HOPWA TH         |
| <input type="radio"/> | Refugio de emergencia, lo que incluye un hotel o motel pagado con un cupón de refugios de emergencia, o un hogar de refugio                                                              | <input type="radio"/> | Quedándose o viviendo con familia, de forma permanente      |
| <input type="radio"/> | Refugio Seguro                                                                                                                                                                           | <input type="radio"/> | Quedándose o viviendo con amigos, de forma permanente       |
| <input type="radio"/> | Hogar de crianza o grupo de hogares de crianza                                                                                                                                           | <input type="radio"/> | Paso de Proyecto financiado por HOPWA a HOPWA PH            |
| <input type="radio"/> | Hospital u otra institución médica residencial no psiquiátrica                                                                                                                           | <input type="radio"/> | Arrendado por cliente, sin subsidio de vivienda en curso    |
| <input type="radio"/> | En una cárcel, prisión, o centro de detención juvenil                                                                                                                                    | <input type="radio"/> | Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda en curso |
| <input type="radio"/> | En una institución de cuidados de largo plazo o un asilo                                                                                                                                 | <input type="radio"/> | Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso    |
| <input type="radio"/> | Hospital psiquiátrico o institución psiquiátrica                                                                                                                                         | <input type="radio"/> | Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso    |
| <input type="radio"/> | Institución de tratamiento del abuso de sustancias o centro de desintoxicación                                                                                                           | <input type="radio"/> | No realizó la entrevista de salida                          |
| <input type="radio"/> | Vivienda transicional para personas sin hogar (incluso los jóvenes sin hogar)                                                                                                            | <input type="radio"/> | Otro                                                        |
| <input type="radio"/> | Proyecto residencial u hogar de reinserción social sin criterios de personas sin hogar                                                                                                   | <input type="radio"/> | Fallecido                                                   |
| <input type="radio"/> | Hotel o motel pagado sin cupón para refugio de emergencia                                                                                                                                | <input type="radio"/> | El cliente no lo sabe                                       |
| <input type="radio"/> | Hogar anfitrión (no en crisis)                                                                                                                                                           | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no contestar                            |

|                                                                                            |                                                                                                           |                       |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/>                                                                      | Quedándose o viviendo con familia, de forma temporal (por ejemplo, en una habitación, apartamento o casa) | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos                                                               |
| <input type="radio"/>                                                                      | Quedándose o viviendo con amigos de forma temporal (por ejemplo, en una habitación, apartamento o casa)   |                       |                                                                                  |
| <b>SI ES “ARRENDADO POR EL CLIENTE”, CON SUBSIDIO DE VIVIENDA EN CURSO” - ESPECIFIQUE:</b> |                                                                                                           |                       |                                                                                  |
| <input type="radio"/>                                                                      | Subsidio de vivienda de GDP TIP                                                                           | <input type="radio"/> | Cupón de vivienda de emergencia                                                  |
| <input type="radio"/>                                                                      | Subsidio de vivienda de VASH                                                                              | <input type="radio"/> | Cupón del Programa de Unificación de la Familia (FUP, siglas en inglés)          |
| <input type="radio"/>                                                                      | Subsidio de RRH o equivalente                                                                             | <input type="radio"/> | Iniciativa para Promover la Independencia de la Juventud (FYI, siglas en inglés) |
| <input type="radio"/>                                                                      | Cupón de HCV (basado en proyecto en arrendatario) (no dedicado)                                           | <input type="radio"/> | Apoyo de vivienda permanente                                                     |
| <input type="radio"/>                                                                      | Unidad de vivienda pública                                                                                | <input type="radio"/> | Otra vivienda permanente dedicada a personas que anteriormente no tenían hogar   |
| <input type="radio"/>                                                                      | Arrendado por el cliente, con otro subsidio de vivienda en curso                                          |                       |                                                                                  |

**¿EN QUÉ TIPO DE VIVIENDA DE ALQUILER VIVE?** [TODOS LOS CLIENTES CUYA RESPUESTA A “TIPO DE RESIDENCIA” SEA CUALQUIER OPCIÓN QUE EMPIECE POR “ALQUILADO POR EL CLIENTE”]

|                       |                                                                                  |                       |                                                                                |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | Viviendas de alquiler a precio de mercado                                        | <input type="radio"/> | Vivienda a precio accesible (unidad o complejo designado como económica o BMR) |
| <input type="radio"/> | Estabilización de alquiler (unidad de alquiler cubierto por alquiler controlado) | <input type="radio"/> | Vivienda subsidiada por la Sección 8                                           |
| <input type="radio"/> | Vivienda subvencionada por otro subsidio a largo plazo                           | <input type="radio"/> | El cliente no lo sabe                                                          |
| <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder                                                 |                       |                                                                                |

**EVALUACIÓN DE VIVIENDA AL MOMENTO DE LA SALIDA** [Solo para la prevención de las personas sin hogar]

|                       |                                                                            |                       |                                                                                                       |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | Capaz de mantener la vivienda que tenía al momento de ingresar al proyecto | <input type="radio"/> | Cliente se ha quedado sin hogar: se ha trasladado a un refugio o a otro lugar no adecuado para vivir. |
| <input type="radio"/> | Se mudó a una nueva unidad de vivienda                                     | <input type="radio"/> | El cliente fue a la cárcel/prisión                                                                    |
| <input type="radio"/> | Se mudó con familia/amigos de forma temporal                               | <input type="radio"/> | El cliente ha fallecido                                                                               |
| <input type="radio"/> | Se mudó con familia/amigos de forma permanente                             | <input type="radio"/> | El cliente no sabe                                                                                    |
| <input type="radio"/> | Se mudó a una vivienda de transición o temporal de un programa             | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no contestar                                                                      |
|                       |                                                                            | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos                                                                                    |

**SI ES "CAPAZ DE MANTENER LA VIVIENDA QUE TENÍA AL MOMENTO DE INGRESAR AL PROYECTO" DE ACUERDO CON LA EVALUACIÓN DE VIVIENDA**

**Información del Subsidio**

|                       |                                                              |                       |                                                                  |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | Sin subsidio                                                 | <input type="radio"/> | Con un subsidio en curso, adquirido desde el ingreso al proyecto |
| <input type="radio"/> | Con el subsidio que tenía al momento de ingresar al proyecto | <input type="radio"/> | Solo con asistencia financiera diferente al subsidio             |

**SI "SE MUDÓ A UNA NUEVA UNIDAD DE VIVIENDA" DE ACUERDO CON LA EVALUACIÓN DE VIVIENDA**

**Información del Subsidio**

|                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | Con subsidio en curso | <input type="radio"/> | Sin subsidio en curso |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**EN VIVIENDA PERMANENTE** *[Proyectos de Vivienda permanente, para cabezas de familia]*

|                       |    |                       |    |
|-----------------------|----|-----------------------|----|
| <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | Sí |
|-----------------------|----|-----------------------|----|

**SI RESPONDE "SÍ" A VIVIENDA PERMANENTE**

|                                                                           |                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fecha en la cual se mudó a la casa:</b><br>(Ver nota) * ____/____/____ | <i>* Si el cliente se mudó a una vivienda permanente, asegúrate de actualizarlo en la pantalla de inscripción.</i> |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**INFORMACIÓN EDUCATIVA** *[Todos los clientes de más de 18 años]*  
**ÚLTIMO GRADO COMPLETO**

|                       |                                                |                       |                                  |
|-----------------------|------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> | Inferior al grado 5                            | <input type="radio"/> | Carrera técnica                  |
| <input type="radio"/> | Grados del 5 al 6                              | <input type="radio"/> | Licenciatura                     |
| <input type="radio"/> | Grados del 7 al 8                              | <input type="radio"/> | Posgrado                         |
| <input type="radio"/> | Grados del 9 al 11                             | <input type="radio"/> | Certificación vocacional         |
| <input type="radio"/> | Grado 12 / Título de escuela secundaria        | <input type="radio"/> | El cliente no lo sabe            |
| <input type="radio"/> | El programa escolar no tenía niveles de grados | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no contestar |
| <input type="radio"/> | GED                                            | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos               |
| <input type="radio"/> | Un poco de universidad                         |                       |                                  |

**ASISTE ACTUALMENTE A UN COLEGIO O UNIVERSIDAD**

|                       |                           |                       |                                  |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> | No asiste actualmente     | <input type="radio"/> | No califica académicamente       |
| <input type="radio"/> | Asiste de tiempo completo | <input type="radio"/> | El cliente no sabe               |
| <input type="radio"/> | Asiste medio tiempo       | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder |

**NOMBRE DEL COLEGIO O UNIVERSIDAD**

|                       |                          |                       |                                                              |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | De Anza College          | <input type="radio"/> | West Valley College                                          |
| <input type="radio"/> | Evergreen Valley College | <input type="radio"/> | Otra institución superior o universidad del Área de la Bahía |

|                       |                           |                       |                                               |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | Foothill College          | <input type="radio"/> | Otra institución superior o universidad de CA |
| <input type="radio"/> | Gavilan College           | <input type="radio"/> | Otra institución superior o universidad       |
| <input type="radio"/> | Mission College           | <input type="radio"/> | Otro programa vocacional                      |
| <input type="radio"/> | San Jose City College     | <input type="radio"/> | El cliente no lo sabe                         |
| <input type="radio"/> | San Jose State University | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no contestar              |
| <input type="radio"/> | Santa Clara University    | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos                            |
| <input type="radio"/> | Stanford University       |                       |                                               |

## AÑO EN EL QUE ESPERA COMPLETAR LOS ESTUDIOS

|     |  |     |  |     |     |  |  |  |  |
|-----|--|-----|--|-----|-----|--|--|--|--|
|     |  | / - |  |     | / - |  |  |  |  |
| Mes |  | Día |  | Año |     |  |  |  |  |

## Información adicional sobre la prevención de personas sin hogar

### ¿Cuál es su alquiler mensual actual?

*[La porción del hogar matriculado si el alquiler es compartido entre otros]*

|          |          |
|----------|----------|
| Cantidad | \$ _____ |
|----------|----------|

### ¿Hay más de una familia viviendo en una casa unifamiliar?

|                       |                    |                       |                                  |
|-----------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> | No                 | <input type="radio"/> | Sí                               |
| <input type="radio"/> | El cliente no sabe | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no contestar |

## DISCAPACIDAD FÍSICA *[Todos los clientes]*

|                       |    |                       |                                  |
|-----------------------|----|-----------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe               |
| <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder |
|                       |    | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos               |

### SI HA RESPONDIDO "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? | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe               |
|                                                                                                                                            | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder |
|                                                                                                                                            |                       |    | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos               |

## DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO *[Todos los clientes]*

|                       |    |                       |                                  |
|-----------------------|----|-----------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe               |
| <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder |
|                       |    | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos               |

### ENFERMEDAD CRÓNICA [Todos los clientes]

|                       |    |                       |                                  |
|-----------------------|----|-----------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe               |
| <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder |
|                       |    | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos               |

#### SI HA RESPONDIDO "SÍ" A ENFERMEDAD CRÓNICA - ESPECIFIQUE

|                                                                                                                                            |                       |    |                       |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-----------------------|----------------------------------|
| ¿Se espera que sea de duración larga- continuada e indefinida, y que sustancialmente empeora su capacidad de vivir de forma independiente? | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe               |
|                                                                                                                                            | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder |
|                                                                                                                                            |                       |    | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos               |

### VIH-SIDA [Todos los clientes]

|                       |    |                       |                    |  |
|-----------------------|----|-----------------------|--------------------|--|
| <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe |  |
| <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | El cliente no sabe |  |
|                       |    | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos |  |

### PROBLEMAS DE SALUD MENTAL [Todos los clientes]

|                       |    |                       |                                  |
|-----------------------|----|-----------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe               |
| <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder |
|                       |    | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos               |

#### SI HA RESPONDIDO "SÍ" A PROBLEMAS 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? | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe               |
|                                                                                                                                            | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder |
|                                                                                                                                            |                       |    | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos               |

### PROBLEMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS [Todos los clientes]

|                       |                             |                       |                                           |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | No                          | <input type="radio"/> | Problemas de abuso de alcohol y de drogas |
| <input type="radio"/> | Problemas de uso de alcohol | <input type="radio"/> | El cliente no sabe                        |
|                       |                             | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder          |
| <input type="radio"/> | Problemas de uso de drogas  | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos                        |

#### SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE A "PROBLEMAS DE USO DEL ALCOHOL" O "PROBLEMAS DE USO DE DROGAS" O "PROBLEMAS DE USO DE ALCOHOL Y DROGAS" - ESPECIFIQUE

|                                                                                                                                            |                       |    |                       |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-----------------------|----------------------------------|
| ¿Se espera que sea de duración larga- continuada e indefinida, y que sustancialmente empeora su capacidad de vivir de forma independiente? | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe               |
|                                                                                                                                            | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder |

### INGRESO DE CUALQUIER FUENTE [Cabeza de familia y adultos]

|                       |    |                       |                    |
|-----------------------|----|-----------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | El cliente no sabe |
|-----------------------|----|-----------------------|--------------------|

|                          |                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> El cliente prefiere no responder |
|                          | <input type="radio"/> Datos no obtenidos               |

**SI HA RESPONDIDO "SÍ" A INGRESOS DE CUALQUIER FUENTE - INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE CORRESPONDAN**

| Fuente de ingresos                                                                                      | Cantidad | Fuente de ingresos                                                                           | Cantidad |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="radio"/> Ingresos salariales                                                               |          | <input type="radio"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, siglas en inglés) |          |
| <input type="radio"/> Seguro de desempleo                                                               |          | <input type="radio"/> Asistencia general (GA, siglas en inglés)                              |          |
| <input type="radio"/> Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, siglas en inglés)                   |          | <input type="radio"/> Ingreso jubilación del Seguro Social                                   |          |
| <input type="radio"/> Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI, siglas en inglés)                |          | <input type="radio"/> Pensión o ingresos por Jubilación en un trabajo anterior               |          |
| <input type="radio"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos |          | <input type="radio"/> Manutención                                                            |          |
| <input type="radio"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos   |          | <input type="radio"/> Pensión alimenticia y otras ayudas al cónyuge                          |          |
| <input type="radio"/> Seguro por discapacidad privado                                                   |          | <input type="radio"/> Otra fuente de ingresos (especifique)                                  |          |
| <input type="radio"/> Indemnización por accidente laboral                                               |          |                                                                                              |          |
| <b>Ingreso total mensual de la persona:</b>                                                             |          |                                                                                              |          |

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

|                          |                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> El cliente no sabe               |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> El cliente prefiere no responder |
|                          | <input type="radio"/> Datos no obtenidos               |

**SI HA RESPONDIDO "SÍ" A BENEFICIOS QUE NO SON MONETARIOS - INDICA TODAS LAS FUENTES QUE CORRESPONDAN**

|                                                                                                                            |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP, siglas en inglés)                            | <input type="radio"/> Servicios de cuidados de niños de TANF |
| <input type="radio"/> Programa especial de nutrición complementaria para mujeres, infantes y niños (WIC, siglas en inglés) | <input type="radio"/> Servicios de transporte de TANF        |
| <input type="radio"/> Otros beneficios que no son dinero en efectivo                                                       | <input type="radio"/> Otros servicios financiados por TANF   |

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

|                                                                                      |                                                                |                       |                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/>                                                                | No                                                             | <input type="radio"/> | El cliente no sabe                                                                                         |
| <input type="radio"/>                                                                | Sí                                                             | <input type="radio"/> | El cliente prefiere no responder                                                                           |
|                                                                                      |                                                                | <input type="radio"/> | Datos no obtenidos                                                                                         |
| <b>SI CONTESTA "SI" AL SEGURO MÉDICO, DETALLES DE LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO</b> |                                                                |                       |                                                                                                            |
| <input type="radio"/>                                                                | MEDICAID                                                       | <input type="radio"/> | Seguro médico brindado por el empleador                                                                    |
| <input type="radio"/>                                                                | MEDICARE                                                       | <input type="radio"/> | El seguro de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) |
| <input type="radio"/>                                                                | Seguro médico estatal para niños (SCHIP, siglas en inglés)     | <input type="radio"/> | Seguro médico privado                                                                                      |
| <input type="radio"/>                                                                | Administración de Salud para Veteranos (VHA, siglas en inglés) | <input type="radio"/> | Seguro médico estatal para adultos                                                                         |
| <input type="radio"/>                                                                | Otra (especifique)                                             | <input type="radio"/> | El Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos (IHS, por sus siglas en inglés)                |

**INFORMACIÓN DE CONTACTO** *[Opcional- puede ser ingresada en la ficha de Ubicación/Contacto]*

|                              |                       |    |                       |    |
|------------------------------|-----------------------|----|-----------------------|----|
| <b>Tipo de domicilio</b>     |                       |    |                       |    |
| <b>Nombre</b>                |                       |    |                       |    |
| <b>Domicilio (línea 1)</b>   |                       |    |                       |    |
| <b>Domicilio (línea 2)</b>   |                       |    |                       |    |
| <b>Cuidad</b>                |                       |    |                       |    |
| <b>Estado</b>                |                       |    |                       |    |
| <b>Código postal</b>         |                       |    |                       |    |
| <b>Teléfono 1</b>            |                       |    |                       |    |
| <b>Teléfono 2</b>            |                       |    |                       |    |
| <b>Privado</b>               | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No |
| <b>Ubicación activa</b>      | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No |
| <b>Fecha de la ubicación</b> |                       |    |                       |    |

|             |  |
|-------------|--|
| <b>Nota</b> |  |
|-------------|--|

---

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

**Fecha**