Nombre de la agencia: _____

Sistema CLARITY de gestión de la información de las personas sin hogar:
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL 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.

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

		-			-				

Mes **Día** ***Año***

¿NECESITA SERVICIO DE INTERPRETACIÓN? *¿El cliente necesita que los servicios sean prestados en otro idioma que no es el inglés?*

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

SI HA RESPONDIDO "SÍ" A LA NECESIDAD DE SERVICIO DE INTERPRETACIÓN, INDIQUE EL IDIOMA QUE PREFIERE

○	Inglés	○	Tagalo
○	Español	○	El cliente no sabe
○	Vietnamita	○	El cliente prefiere no contestar
○	Mandarín	○	Datos no obtenidos
○	Otro idioma que prefiere (especifique):		

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *[Todos los clientes]*

			-			-				

CALIDAD DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SNN, por sus siglas en inglés)			
○	SSN completo reportado	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar
○	SSN aproximado o parcial reportado	○	Datos no obtenidos

NOMBRE ACTUAL *[Todos los clientes]*	N/A

Apellido																			○
Primer nombre																			
Segundo nombre																			○
Sufijo																			○

CALIDAD DEL NOMBRE ACTUAL			
○	Nombre completo reportado	○	El cliente no sabe
○	Nombre parcial, de calle o nombre en clave reportado	○	El cliente prefiere no contestar
		○	Datos no obtenidos

FECHA DE NACIMIENTO *[Todos los clientes]*

		-			-					**Edad:**
Mes			**Día**			**Año**				

CALIDAD DE LA FECHA DE NACIMIENTO			
○	Fecha de nacimiento completa reportada	○	El cliente no sabe
○	Fecha de nacimiento aproximada o parcial reportada	○	El cliente prefiere no contestar
		○	Datos no obtenidos

GÉNERO *[Todos los clientes]*

○	Mujer (Niña, si es una menor)	○	En cuestionamiento
○	Hombre (Niño, si es un menor)	○	Otra identidad (especifique):
○	Identidad cultural específica (por ejemplo, dos espíritus)	○	El cliente no sabe
○	Transgénero	○	El cliente prefiere no contestar
○	No binario	○	Datos no obtenidos

RAZA Y ETNICIDAD (Seleccione todo lo que aplique) *[Todos los clientes]*

○	Indio americano, nativo de Alaska o indígena	○	Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
○	Asiático o asiático-americano	○	Blanco
○	Negro, afroamericano o africano	○	El cliente no sabe

○	Hispano/Latino/e/o	○	El cliente prefiere no contestar
○	Medio Oriente o Norteafricano	○	Datos no obtenidos

ESTATUS DE VETERANO *[Todos los adultos]*

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

SI HA RESPONDIDO "SÍ" A ESTATUS DE VETERANO

Año de ingreso al servicio militar (año)			
Año que se dio de baja del servicio militar (año)			
Teatro de operaciones: Segunda Guerra Mundial			
○	No	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar
○	Sí	○	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Guerra de Corea			
○	No	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar
○	Sí	○	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Guerra de Vietnam			
○	No	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar

○	Sí		
		○	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Guerra del Golfo Pérsico (Tormenta del Desierto)			
○	No	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar
○	Sí		
		○	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Afganistán (La operación Libertad Duradera)			
○	No	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar
○	Sí		
		○	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Irak (Operación Libertad Iraquí)			
○	No	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar
○	Sí		
		○	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Irak (Operación Nuevo Amanecer)			
○	No	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar

○	Sí	○	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Otras operaciones de preservación de la paz o intervenciones militares (como el Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)			
○	No	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar
○	Sí	○	Datos no obtenidos
Rama militar			
○	Ejército	○	Fuerza espacial
○	Fuerza aérea	○	El cliente no sabe
○	Armada	○	El cliente prefiere no contestar
○	Marina	○	Datos no obtenidos
○	Guardacostas		
Estado de baja militar			
○	Honorable	○	No categorizado
○	General bajo condiciones honorables	○	El cliente no sabe
○	En condiciones no honorables (OTH, por sus siglas en inglés)	○	El cliente prefiere no contestar
○	Mala conducta	○	Datos no obtenidos
○	Deshonroso		

RELACIÓN CON LA CABEZA DE FAMILIA *[Todos los clientes del hogar]*

○	Yo mismo	○	Cabeza de familia - otro parentesco
○	Hijo de la cabeza de familia		
○	Cónyuge o pareja de la cabeza de familia	○	Otro: persona sin relación de parentesco

INSCRIPCIÓN al CoC *[sólo si hay varios CoC]* _____

CÓDIGO POSTAL DE LA ÚLTIMA VIVIENDA PERMANENTE *[Todos los clientes]*

INFORMACIÓN PARA PREVENIR LA FALTA DE VIVIENDA

MOTIVO DE LA AYUDA *[Cabeza de familia y adultos]*

○	Cambio en la estructura familiar (separación, fallecimiento, etc.).		
○	Debe abandonar la vivienda actual ("exceso de gente", "se le ha pedido que se vaya", "ha discutido con otros inquilinos", etc.).		
○	Huir de la violencia doméstica o familiar		
○	Pérdida de ingresos (por ejemplo, pérdida de trabajo, fin de las prestaciones)		
○	Reducción de ingresos (es decir, reducción de horas de trabajo, reducción de prestaciones, etc.)		
○	Emergencia médica (propia o de un familiar)		
○	Aumento del alquiler (incluido el traslado a una nueva unidad)		
○	Un gasto grande e inesperado		
○	Mudarse de una vivienda temporal a una permanente		
○	Mudarse de una vivienda insegura o ilegal		
○	Otro Otra razón: _____	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar
		○	Datos no obtenidos

¿SON ELEGIBLES LOS MIEMBROS DEL HOGAR PARA RECIBIR OTRO TIPO DE AYUDA ECONÓMICA DE SU AGENCIA?

○	No	○	Sí	○	No sé

CUANDO SE ENTABLÓ CONTACTO CON EL CLIENTE *[Sólo a las personas que se ayudaron en la calle o a través de un refugio de emergencia de noche a noche]*

Fecha que se entabló contacto:	____/____/_____

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

○	No	○	Sí

SI HA RESPONDIDO "SÍ" A VIVIENDA PERMANENTE	
Fecha en la que se mudó a la vivienda:	____/____/_____

SITUACIÓN DE VIVIENDA ANTERIOR
TIPO DE RESIDENCIA *[Cabeza de familia y adultos]*

○	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)	○	Hotel o motel pagado sin cupón para refugio de emergencia
○	Refugio de emergencia, lo que incluye un hotel o motel pagado con un cupón de refugios de emergencia, o un hogar de refugio	○	Hogar anfitrión (no en crisis)
○	Refugio seguro	○	Quedándose o viviendo en una habitación, apartamento o casa de un amigo
○	Hogar de crianza o grupo de hogares de crianza	○	Quedándose o viviendo en una habitación, apartamento o casa de un familiar
○	Hospital u otra institución médica residencial no psiquiátrica	○	Rentado por el cliente, sin subsidio de vivienda en curso
○	En una cárcel, prisión o centro de detención juvenil	○	Rentado por el cliente, con subsidio de vivienda en curso
○	En una institución de cuidados de largo plazo o un asilo	○	Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso
○	Hospital psiquiátrico u otra institución psiquiátrica	○	Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso
○	Institución de tratamiento del abuso de sustancias o centro de desintoxicación	○	El cliente no sabe
○	Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a los jóvenes sin hogar)	○	El cliente prefiere no contestar
○	Proyecto residencial u hogar de reinserción social sin criterios de personas sin hogar	○	Datos no obtenidos
SI ES ARRENDADO POR EL CLIENTE, CON SUBSIDIO DE VIVIENDA EN CURSO" - ESPECIFIQUE:			
○	Subsidio de vivienda de GDP TIP	○	Cupón de vivienda de emergencia
○	Subsidio de vivienda de VASH	○	Cupón del Programa de Unificación de la Familia (FUP, por sus siglas en inglés)
○	Subsidio de RRH o equivalente	○	Iniciativa para Promover la Independencia de la Juventud (FYI, por sus siglas en inglés)
○	Cupón de HCV (basado en proyecto o en arrendatario) (no dedicado)	○	Viviendas de apoyo permanente

○	Unidad de vivienda pública	○	Otra vivienda permanente dedicada a personas que anteriormente no tenían hogar
○	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"]*

○	Viviendas de alquiler a precio de mercado	○	Vivienda a precio accesible (unidad o complejo designado como económica o BMR)
○	Alquiler estabilizado (unidad de alquiler cubierta por el control de alquileres)	○	Vivienda subvencionada por la Sección 8
○	Vivienda subvencionada por otro subsidio a largo plazo	○	El cliente no lo sabe
○	El cliente prefiere no contestar		

DURACIÓN DE SU ESTADÍA EN LA SITUACIÓN DE VIVIENDA ANTERIOR

○	Una noche o menos	○	Un mes o más, pero menos de 90 días	○	El cliente no sabe
○	De dos a seis noches	○	90 días o más, pero menos de un año	○	El cliente prefiere no contestar
○	Una semana o más, pero menos de un mes	○	Un año o más	○	Datos no obtenidos

DURACIÓN DE LA ESTADÍA MENOR A 7 NOCHES *[TH, PH]*

○	No	○	Sí

DURACIÓN DE LA ESTADÍA MENOR A 90 DÍAS [*Situaciones de vivienda institucional]*

○	No	○	Sí

LA NOCHE ANTERIOR - SE QUEDÓ EN - LA CALLE, REFUGIO DE EMERGENCIA, REFUGIO SEGURO *[Cabezas de familia y adultos]*

○	Sí	○	No
Fecha aproximada de inicio del problema de falta de vivienda		____/____/_____	
Número de veces en las que el cliente ha estado en la calle, refugio de emergencia, refugio seguro, en los últimos 3 años			

○	Una vez	○	El cliente no sabe
○	Dos veces	○	El cliente prefiere no contestar
○	Tres veces	○	Datos no obtenidos
○	Cuatro o más veces		
Número total de meses en los que el cliente ha estado en la calle, refugio de emergencia, refugio seguro, en los últimos 3 años			
○	Un mes (esta vez es el primer mes)	○	El cliente no sabe
○	De 2 a 12 meses (especifique el número de meses):_____	○	El cliente prefiere no contestar
○	Más de 12 meses	○	Datos no obtenidos

INFORMACIÓN EDUCATIVA [Todos los clientes de más de 18 años]
ÚLTIMO CURSO TERMINADO

○	Inferior al grado 5	○	Carrera técnica
○	Grados del 5-6	○	Licenciatura
○	Grados del 7-8	○	Posgrado
○	Grados del 9-11	○	Certificado vocacional
○	Grado 12 / Diploma de nivel de preparatoria	○	El cliente no sabe
○	El programa escolar no tenía niveles de grados	○	El cliente prefiere no contestar
○	GED	○	Datos no obtenidos
○	Un poco de universidad		

ASISTE ACTUALMENTE A UN COLEGIO O UNIVERSIDAD

○	No asiste actualmente	○	No califica académicamente
○	Asiste de tiempo completo	○	El cliente no sabe
○	Asiste medio tiempo	○	El cliente prefiere no contestar

NOMBRE DEL COLEGIO O UNIVERSIDAD

○	De Anza College	○	West Valley College
○	Evergreen Valley College	○	Otra institución superior o universidad del Área de la Bahía
○	Foothill College	○	Otra institución superior o universidad de CA

○	Gavilan College	○	Otro Colegio o Universidad
○	Mission College	○	Otro programa vocacional
○	San Jose City College	○	El cliente no sabe
○	San Jose State University	○	El cliente prefiere no contestar
○	Santa Clara University	○	Datos no obtenidos
○	Stanford University		

AÑO EN EL QUE ESPERA TERMINAR LOS ESTUDIOS

		-			-				

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA FALTA DE VIVIENDA

¿CUÁL ES SU RENTA MENSUAL ACTUAL?

[La parte de la renta que corresponde al hogar inscrito si comparte el alquiler con otras personas]

Cantidad:	$_____

¿CUÁNTAS VECES LO HAN DESALOJADO EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS?

[Sólo se incluyen los desalojos que pasaron por el sistema judicial/legal]

○	0 ocasiones	○	3 o más ocasiones
○	1 ocasión	○	El cliente no sabe
○	2 ocasiones	○	El cliente prefiere no contestar

¿HA CONTRIBUIDO EL RECIENTE AUMENTO DE LA RENTA A SU RIESGO DE QUEDARSE SIN HOGAR?

○	No	○	Sí
○	El cliente no sabe	○	El cliente prefiere no contestar

¿CUÁLES ERAN SUS INGRESOS BRUTOS MENSUALES HACE TRES MESES?

Cantidad:	$_____

¿VIVE MÁS DE UNA FAMILIA EN UNA VIVIENDA UNIFAMILIAR?

○	No	○	Sí
○	El cliente no sabe	○	El cliente prefiere no contestar

CONDICIÓN DE INCAPACIDAD *[Todos los clientes]*

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

DISCAPACIDAD FÍSICA *[Todos los clientes]*

○	No	○	El cliente no sabe
○	Sí	○	El cliente prefiere no contestar
		○	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?	○	No	○	El cliente no sabe
	○	Sí	○	El cliente prefiere no contestar
			○	Datos no obtenidos

DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO *[Todos los clientes]*

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

ENFERMEDAD CRÓNICA *[Todos los clientes]*

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

SI HA RESPONDIDO "SÍ" A ENFERMEDAD O AFECCIÓN CRÓNICA – 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

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL *[Todos los clientes]*

○	No	○	El cliente no sabe
○	Sí	○	El cliente prefiere no contestar
		○	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?	○	No	○	El cliente no sabe
	○	Sí	○	El cliente prefiere no contestar
			○	Datos no obtenidos

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

○	No	○	Problemas de uso de drogas y alcohol
○	Problemas de uso de alcohol	○	El cliente no sabe
		○	El cliente prefiere no contestar
○	Problemas de uso de drogas	○	Datos no obtenidos

SI RESPONDE 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?	○	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 HA RESPONDIDO "SÍ" A SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA					
ESPECIFIQUE CUÁNDO OCURRIÓ EL EVENTO					
○	Dentro de los últimos tres meses	○	Un año atrás 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 atrás (excluyendo exactamente un año)	○	Datos no obtenidos		
¿Estás huyendo?		○	No	○	El cliente no sabe
		○	Sí	○	El cliente prefiere no contestar
				○	Datos no obtenidos

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

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

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

Fuente de ingreso		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 discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)		○	Pensión o ingresos por jubilación de un trabajo anterior	
○	Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos		○	Manutención	
○	Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos		○	Pensión alimenticia y otras ayudas al cónyuge	

○	Seguro por discapacidad privado		○	Otra fuente de ingresos (especifique)	
○	Indemnización por accidente laboral				
Ingreso total mensual de la persona:					

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

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

SI HA RESPONDIDO "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 (especifique):	○	Otros servicios financiados por TANF

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

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

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 (especifique):	○	El Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos (IHS, por sus siglas en inglés)

ORIENTACIÓN SEXUAL *[Para CoC: Programas financiados de YHDP - adultos y cabezas de familia]*

○	Heterosexual	○	Otro
○	Gay	*Si seleccionó otro, especifique:*	
○	Lesbiana	○	El cliente no sabe
○	Bisexual	○	El cliente prefiere no contestar
○	En cuestionamiento/no está seguro/a/e	○	Datos no obtenidos

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