

N.º HMIS _____
Nombre del personal _____

HMIS del Condado de Santa Cruz: Inscripción de adultos en Programa de Oportunidades de Vivienda para las Personas con SIDA (HOPWA)

El proveedor de servicios debe completar este formulario al inscribir a un cliente adulto o al jefe de familia en un programa financiado por HOPWA. Se deben completar inscripciones de clientes por separado para cada cliente que sea **mayor** de 17 años o que sea el jefe de familia. **También se deben completar inscripciones de clientes por separado para los niños, pero asegúrese de utilizar el formulario de inscripción de niños de HOPWA.**

1) Nombre del cliente	Primer nombre	Apellido
<p>Relación con el jefe de familia (Jefe de familia) (HUD)</p> <p><i>Las personas solteras son consideradas jefe de familia. En los hogares con más de una persona, solo una de ellas deberá ser designada como jefe de familia.</i></p>	<input type="checkbox"/> Yo mismo (jefe de familia) <input type="checkbox"/> Hijo del jefe de familia <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia <input type="checkbox"/> Miembro familiar del hogar <input type="checkbox"/> Miembro del hogar que no es pariente	
<p>Relación con el jefe de familia – Detalle adicional</p>	<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/Hija <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Compañero de cuarto <input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Sobrino/sobrina <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra persona importante <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Hijastra/Hijastro

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p>1) Fecha de inicio del proyecto</p> <p><i>La fecha en que el cliente se inscribió en el programa; también se considera cuando el cliente comenzó a recibir ayuda del proyecto (programa).</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> Mes Día Año </p>			/			/				
		/			/						
<p>2) Se necesita ayuda con la traducción</p> <p>[Jefe de familia]</p> <p><i>¿El cliente necesita acceso a servicios de traducción?</i></p> <p>En caso afirmativo, idioma(s) preferido(s):</p> <p><i>Si el cliente necesita acceso a servicios de traducción, seleccione su(s) idioma(s) preferido(s).</i></p>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Zapoteco <input type="checkbox"/> Tzotil <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Ruso </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Idioma preferido diferente, por favor especifique: <hr style="width: 100%;"/> <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder </td> </tr> </table> </div>	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Zapoteco <input type="checkbox"/> Tzotil <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Idioma preferido diferente, por favor especifique: <hr style="width: 100%;"/> <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder								
<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Zapoteco <input type="checkbox"/> Tzotil <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Idioma preferido diferente, por favor especifique: <hr style="width: 100%;"/> <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder										
<p>3) Fecha de mudanza a la vivienda</p> <p>[Jefe de familia]</p> <p><i>(Requerido para proyectos de vivienda permanente)</i></p> <p><i>Esta es la fecha en que un cliente se muda a una situación de vivienda permanente mientras está inscrito. en un programa de vivienda permanente que incluye Realojamiento Rápido y Vivienda de Apoyo Permanente. La fecha de mudanza puede ser la misma que la fecha de inscripción al proyecto,</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> Mes Día Año </p>			/			/				
		/			/						

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

pero no puede ser anterior a la fecha de inscripción al proyecto del cliente. Deje el campo en blanco si el cliente aún no se ha mudado a una vivienda permanente. Actualice los datos de inscripción con una fecha de mudanza una vez que se produzca la mudanza.



4) Fecha de participación *(solo para programas de extensión de servicios en las calles, refugio de emergencia noche a noche o solo servicios)*

[Jefe de familia y adultos]

Esta es la fecha en la que la relación cliente-proyecto da como resultado un plan de acción desarrollado en colaboración. Deje este campo en blanco hasta la fecha en que se desarrolle un plan de acción. Actualice los datos de inscripción después de que se produzca la interacción.

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Mes

Día

Año

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

5) Situación de vida previa: Tipo de residencia

[Jefe de familia y adultos]

Esta sección se refiere al lugar donde el cliente se hospedó la noche antes de inscribirse en el proyecto.

Pregúntele al cliente “¿dónde se quedó o durmió anoche”?

No existen refugios seguros en el condado de Santa Cruz. Los clientes solo pueden haber pasado la noche anterior en un refugio seguro si estaban alojados en otro condado.

Situaciones de personas sin hogar

- Lugar no destinado para la estadía de personas (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, una estación de autobús/tren/metro/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)
- Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia o refugio en casa de acogida
- Refugio seguro**

Situaciones institucionales (Respuesta P8)

- Hogar de acogida o hogar grupal de acogida
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Cárcel, prisión o centro de detención de menores
- Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación

Situaciones de vivienda temporal (Respuesta a la P9)

- Viviendas de transición para personas sin hogar (incluidos jóvenes sin hogar)
- Proyecto residencial o casa de transición sin criterios de personas sin hogar
- Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia
- Hogar de acogida (sin crisis)
- Se queda o vive en la habitación, apartamento o casa de un amigo.
- Se queda o vive en la habitación, apartamento o casa de un familiar.

Situaciones de vivienda permanente (Respuesta a la P9)

- Alquiler por parte del cliente, sin subsidio de vivienda permanente
- Alquiler por parte del cliente, con subsidio habitacional vigente [recabar información adicional a continuación]**
- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso
- Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda permanente

Otro

- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p>Tipo de subsidio de alquiler: <i>Si el cliente pasó la noche anterior en un “Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda en curso”, seleccione el tipo de subsidio de vivienda utilizado.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> Subsidio RRH o equivalente <input type="checkbox"/> Bono HCV (basado en inquilinos o proyectos) (no exclusivo) <input type="checkbox"/> Unidad de vivienda pública <input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale de Vivienda de Emergencia (EHV) <input type="checkbox"/> Bono del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes adoptivos hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían hogar
<p>6) Duración de la estancia en la situación de vida anterior</p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p> <p><i>Esta sección se refiere al tiempo que el cliente permaneció en el lugar donde se alojó la noche anterior. Si el cliente permaneció continuamente en la misma situación de vida, pero no exactamente en la misma ubicación, incluya el tiempo total pasado en esa situación. Por ejemplo, si el cliente se mudó de un refugio de emergencia a otro diferente, incluya la cantidad combinada de tiempo que pasó en ambos refugios.</i></p> <p><i>Pregúntele al cliente: “¿Cuánto tiempo ha estado durmiendo/quedándose donde se quedó/durmió anoche? Luego pregúntele al cliente dónde se hospedó antes de ese lugar.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Un semana o más, pero menos de un mes <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p>7) Si el cliente permaneció en situación institucional la noche anterior, ¿la estadía fue menor a 90 días?</p> <p><i>Una situación institucional se define como una cárcel, un centro de tratamiento de abuso de sustancias o de salud mental, un hospital u otra instalación similar.</i></p> <p>Si la respuesta sobre la duración de la estadía es “Sí, menos de 90 días”, pregúntele al cliente si permaneció en la calle o en un refugio de emergencia la noche anterior a su traslado a la situación institucional.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>8) Si el cliente se quedó en una vivienda transitoria/permanente anoche, ¿la estadía fue menos de 7 días?</p> <p>Si la respuesta sobre la duración de la estadía es “Sí, menos de 7 días”, pregúntele al cliente si permaneció en la calle o en un refugio de emergencia la noche anterior a su traslado a la vivienda de transición o permanente.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p>9) Fecha aproximada en que comenzó <u>este episodio</u> de falta de vivienda:</p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p> <p><i>Pregúntele al cliente: “¿En qué fecha comenzó su actual episodio de falta de vivienda?”</i></p> <p><i>Una ruptura en la situación de falta de vivienda ocurre cuando el cliente permanece en una situación de vivienda permanente o temporal durante 7 o más noches consecutivas, o pasa 90 o más días en una institución (es decir, cárcel, centro de tratamiento de abuso de sustancias o salud mental, hospital u otra instalación similar). Utilice el Cuadro de Historial de Vivienda de HUD para ayudar a identificar la duración del episodio actual de falta de vivienda del cliente.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No aplicable</p> <table border="1" data-bbox="591 262 1016 327"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>Esta información puede ser por autoinforme del cliente.</p>			/			/					
		/			/							
<p>10) Número de veces (episodios) distintas que el cliente ha estado en la calle o en un refugio de emergencia en los <u>últimos tres años</u>, incluido hoy</p> <p>Esta sección se refiere a la Número de veces (episodios) distintas en las que el cliente estuvo en la calle o en un refugio de emergencia (ES) en los <u>últimos tres años</u>, incluido hoy.</p> <p>[Jefe de familia y adultos]</p> <p><i>Utilice el Cuadro de Historial de Vivienda de HUD para ayudar a identificar la cantidad de episodios separados en los que el cliente ha estado en las calles o en un refugio de emergencia.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Una sola vez</p> <p><input type="checkbox"/> Dos veces</p> <p><input type="checkbox"/> Tres veces</p> <p><input type="checkbox"/> Cuatro o más veces</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>											

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p>11) Número total de meses sin hogar en las calles en refugio de emergencia en los <u>últimos tres años</u></p> <p>[Jefe de familia y adultos] Esta sección se refiere al número total de meses que el cliente ha permanecido en las calles o en un refugio de emergencia (ES) en los últimos tres años.</p> <p><i>Utilice el Cuadro de Historial de Vivienda de HUD para ayudar a identificar la cantidad total de meses que el cliente ha pasado en las calles o en un refugio de emergencia durante los últimos tres años.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 7 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 8 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 9 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 10 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 11 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 12 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 12 meses</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
--	--

Condiciones discapacitantes (todas las respuestas son obligatorias)

Una condición discapacitante es una condición de salud que interfiere con la obtención y/o conservación de una vivienda estable. Esta pregunta se utiliza junto con otra información para determinar si el cliente cumple los criterios de falta de vivienda crónica.

<p>1) ¿El cliente tiene actualmente una condición discapacitante?</p> <p><i>Esta pregunta se utiliza junto con otra información para determinar si el cliente cumple los criterios de falta de vivienda crónica.</i></p> <p><i>Todas las preguntas de esta sección DEBEN responderse incluso si el cliente responde “no” a la condición discapacitante. Si el cliente responde “Sí” a cualquiera de las preguntas siguientes, la respuesta a la pregunta sobre la condición discapacitante también debe ser “Sí” si la condición es discapacitante.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>2) ¿Tiene el cliente alguna discapacidad física?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p><i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>3) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>4) ¿Tiene el cliente una condición de salud crónica?</p> <p><i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>5) ¿El cliente tiene VIH – SIDA?</p> <p><i>Si es así, asegúrese de responder las preguntas obligatorias sobre VIH/SIDA a continuación.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>6) ¿Tiene el cliente un trastorno de salud mental?</p> <p><i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>7) ¿Tiene el cliente un trastorno por consumo de sustancias?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas <input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de alcohol y drogas	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p><i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
---	--	--

Violencia doméstica [Jefe de familia y adultos]

1) Sobreviviente de violencia doméstica

Pregúntele al cliente: “¿Alguna vez ha experimentado violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho u otras condiciones peligrosas o potencialmente mortales contra usted o un miembro de su familia, incluido un niño en el lugar donde vivía?”

Si la respuesta es “no”, pase a la sección “Ingresos mensuales: beneficios en efectivo”.

Si la respuesta es “sí”, COMPLETE las preguntas 2 y 3.

- Sí
- No
- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

1) Cuándo lo experimentó

Pregúntele al cliente: “¿Cuánto tiempo hace que tuvo su experiencia más reciente de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho u otras condiciones peligrosas o potencialmente mortales contra usted o un miembro de su familia?”

- En los últimos tres meses
- Hace entre tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses)
- Hace entre seis meses a un año (excluyendo exactamente un año)
- Hace un año o más
- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

1) ¿Está huyendo actualmente?

Pregúntele al cliente: “¿Está usted actualmente huyendo o intentando huir de la situación de violencia doméstica, o tiene miedo de regresar al lugar donde vive debido a la situación de violencia doméstica?”

- Sí
- No
- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

Ingresos mensuales – Prestaciones en efectivo [Jefe de familia y adultos]

<p>¿Ingresos de cualquier fuente? <i>¿El cliente recibe actualmente algún ingreso de alguna fuente?</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Ingresos ganados \$
---	---

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

En caso afirmativo, especifique el tipo y la cantidad de ingresos que recibe actualmente el cliente.

Sólo se deben incluir fuentes regulares, recurrentes y vigentes en la actualidad. Los ingresos recibidos por un miembro menor de edad (menor de 18 años) del hogar (por ejemplo, SSI) deben registrarse junto con la información del jefe de familia.

NO incluya los ingresos recibidos por otros adultos (de 18 años o más) en el hogar; registre sus ingresos en su Formulario de Inscripción al Programa.

- Seguro de desempleo \$
 - Ingreso de Seguridad Suplementario SSI (*SSI - recibido por personas discapacitadas que no tienen un historial laboral significativo*) \$
 - Seguro de Incapacidad del Seguro Social SSDI (*SSDI - recibido por personas discapacitadas que tienen un historial laboral significativo*) \$
 - Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos (VA)\$
 - Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA \$
 - Seguro de discapacidad privado \$
 - Compensación al trabajador \$
 - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWORKs) \$
 - Asistencia General (GA) \$
 - Ingresos de jubilación del Seguro Social \$
 - Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior \$
 - Manutención de los hijos \$
 - Pensión alimenticia y otros tipos de manutención conyugal \$
 - Otros ingresos en efectivo \$
- Si es otro, especifique: _____

Ingresos totales en efectivo por persona

TOTAL: \$ _____

Prestaciones no monetarias [Jefe de familia y adultos]

¿Está recibiendo beneficios no monetarios?

¿El cliente está recibiendo actualmente uno de los beneficios no monetarios enumerados a continuación?

- Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no responder

En caso afirmativo, indique todos los beneficios no monetarios que recibe el cliente:

Sólo se deben incluir fuentes regulares, recurrentes y vigentes en la actualidad.

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP/CalFresh)
- Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Servicios de cuidado infantil TANF/CALWORKS

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

Registre los beneficios no monetarios recibidos por un miembro menor de edad (menor de 18 años de edad) del hogar bajo la información del jefe de familia.

NO incluya los beneficios recibidos por otros adultos (de 18 años o más) en el hogar; registre sus beneficios en su Inscripción al Programa

- Servicios de transporte de TANF/CALWORKS
- Otros servicios financiados por TANF/CALWORKS
- Otro beneficio no monetario

Si es otro, especifique: _____

Seguro de salud

¿Cubierto por el seguro de salud?

¿El cliente está actualmente cubierto por un seguro médico?

Sí es así, seleccione el tipo de cobertura de seguro médico del cliente:

Si el cliente está actualmente cubierto por varios seguros de salud, seleccione todos los que correspondan.

- Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no responder

- Medicaid (Medi-Cal)
 - Solicitado; pendiente de decisión
 - Solicitado; el cliente no es elegible
 - El cliente no presentó la solicitud
 - Tipo de seguro N/A para este cliente
 - El cliente no sabe
 - El cliente prefiere no responder

- Medicare
 - Solicitado; pendiente de decisión
 - Solicitado; el cliente no es elegible
 - El cliente no presentó la solicitud
 - Tipo de seguro N/A para este cliente
 - El cliente no sabe
 - El cliente prefiere no responder

- Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)
 - Solicitado; pendiente de decisión
 - Solicitado; el cliente no es elegible
 - El cliente no presentó la solicitud
 - Tipo de seguro N/A para este cliente
 - El cliente no sabe
 - El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

- Administración de Salud para Veteranos (VHA)
 - Solicitado; pendiente de decisión
 - Solicitado; el cliente no es elegible
 - El cliente no presentó la solicitud
 - Tipo de seguro N/A para este cliente
 - El cliente no sabe
 - El cliente prefiere no responder

- Seguro médico proporcionado por el empleador
 - Solicitado; pendiente de decisión
 - Solicitado; el cliente no es elegible
 - El cliente no presentó la solicitud
 - Tipo de seguro N/A para este cliente
 - El cliente no sabe
 - El cliente prefiere no responder

- Seguro médico obtenido a través de COBRA
 - Solicitado; pendiente de decisión
 - Solicitado; el cliente no es elegible
 - El cliente no presentó la solicitud
 - Tipo de seguro N/A para este cliente
 - El cliente no sabe
 - El cliente prefiere no responder

- Seguro de salud con pago privado
 - Solicitado; pendiente de decisión
 - Solicitado; el cliente no es elegible
 - El cliente no presentó la solicitud
 - Tipo de seguro N/A para este cliente
 - El cliente no sabe
 - El cliente prefiere no responder

- Seguro de Salud Estatal para Adultos
 - Solicitado; pendiente de decisión
 - Solicitado; el cliente no es elegible
 - El cliente no presentó la solicitud
 - Tipo de seguro N/A para este cliente
 - El cliente no sabe
 - El cliente prefiere no responder

- Programa de Servicios de Salud para Indígenas
 - Solicitado; pendiente de decisión
 - Solicitado; el cliente no es elegible
 - El cliente no presentó la solicitud
 - Tipo de seguro N/A para este cliente

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Otros seguros de salud Si es otro, especifique: _____

Asistencia médica [Todos los miembros del hogar con VIH/SIDA]

<p>¿El cliente recibe el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?</p> <p>Si la respuesta a “Recibir Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)” es No, seleccione el motivo apropiado:</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Solicitado; pendiente de decisión <input type="checkbox"/> Solicitado; el cliente no es elegible <input type="checkbox"/> El cliente no presentó la solicitud <input type="checkbox"/> Tipo de seguro N/A para este cliente <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>¿El cliente recibe asistencia médica o dental financiada por Ryan White?</p> <p>Si la respuesta a “Recibir asistencia médica o dental financiada por Ryan White” es No, seleccione el motivo apropiado:</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Solicitado; pendiente de decisión <input type="checkbox"/> Solicitado; el cliente no es elegible <input type="checkbox"/> El cliente no presentó la solicitud <input type="checkbox"/> Tipo de seguro N/A para este cliente <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Células T (CD4) y carga viral [todos los miembros del hogar con VIH/SIDA]

<p>¿Recuento de células T (CD4) disponible?</p> <p>Si la respuesta a “Recuento de células T (CD4) disponible” es Sí, recopile el número del recuento de células T: Número entero entre 0 y 1500</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p>Si ingresa un número en el recuento de células T (CD4), indique ¿cómo se obtuvo la información?</p>	<p><input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Informe del cliente <input type="checkbox"/> Otro</p>
<p>¿Hay información disponible sobre la carga viral?</p>	<p><input type="checkbox"/> No disponible <input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Indetectable <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>Si hay “Información sobre la carga viral disponible”, recopile el recuento de carga viral: <i>Entero entre 0 y 999999</i></p>	
<p>Si se ingresa un número en el recuento de carga viral, indique ¿cómo se obtuvo la información?</p>	<p><input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Informe del cliente <input type="checkbox"/> Otro</p>

Antirretrovirales prescritos [para todos los miembros del hogar con VIH/SIDA]

¿Al participante se le han recetado medicamentos antirretrovirales?

- No Sí El cliente no sabe El cliente prefiere no responder

Información adicional para clientes [Jefe de familia y adultos]

<p>¿Cuál es la orientación sexual del cliente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionando/Inseguro <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
---	---	---

Estado general de salud [Jefe de familia y adultos]

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

¿Cuál es el estado general de salud del cliente?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Razonable <input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
---	--	--

Situación laboral [Jefe de familia y adultos]

¿El cliente está empleado actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
En caso afirmativo, especifique el tipo de empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional/esporádico (incluido el trabajo por jornal)	
Si no, ¿el cliente está buscando empleo?	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> No puede trabajar <input type="checkbox"/> No esta buscando trabajo	

Nivel de instrucción [Jefe de familia y adultos]

Especifique el último grado de escuela completado por el cliente	<input type="checkbox"/> Menos de 5to grado <input type="checkbox"/> Grados 5-6 <input type="checkbox"/> Grados 7 y 8 <input type="checkbox"/> Grados 9-11 <input type="checkbox"/> Grado 12/ Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Certificación vocacional <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
¿El cliente está actualmente inscrito en una escuela o en un programa de capacitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
En caso afirmativo, especifique el tipo de escuela o programa de formación.	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Colegio comunitario	<input type="checkbox"/> Programa de capacitación <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Otros

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

Programa vocacional

Última dirección permanente [Jefe de familia y adultos]

¿En qué estado vivía anteriormente en vivienda permanente?

Nuevo campo: c_last_permanent_address_state

Pregúntele al cliente sobre la ubicación de su última vivienda permanente antes de este episodio de falta de vivienda. No incluya información sobre el lugar donde se quedaron por última vez en una situación de falta de vivienda, como un refugio o un lugar no destinado para la estadía de personas (por ejemplo, en un automóvil, en la calle o en un parque).

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> California | <input type="checkbox"/> Maryland | <input type="checkbox"/> Pennsylvania |
| <input type="checkbox"/> Alabama | <input type="checkbox"/> Massachusetts | <input type="checkbox"/> Rhode Island |
| <input type="checkbox"/> Alaska | <input type="checkbox"/> Michigan | <input type="checkbox"/> South Carolina |
| <input type="checkbox"/> Arizona | <input type="checkbox"/> Minnesota | <input type="checkbox"/> South Dakota |
| <input type="checkbox"/> Arkansas | <input type="checkbox"/> Mississippi | <input type="checkbox"/> Tennessee |
| <input type="checkbox"/> Colorado | <input type="checkbox"/> Missouri | <input type="checkbox"/> Texas |
| <input type="checkbox"/> Connecticut | <input type="checkbox"/> Montana | <input type="checkbox"/> Utah |
| <input type="checkbox"/> Delaware | <input type="checkbox"/> Nebraska | <input type="checkbox"/> Vermont |
| <input type="checkbox"/> Florida | <input type="checkbox"/> Nevada | <input type="checkbox"/> Virginia |
| <input type="checkbox"/> Georgia | <input type="checkbox"/> New Hampshire | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Hawaii | <input type="checkbox"/> New Jersey | <input type="checkbox"/> West Virginia |
| <input type="checkbox"/> Idaho | <input type="checkbox"/> New Mexico | <input type="checkbox"/> Wisconsin |
| <input type="checkbox"/> Illinois | <input type="checkbox"/> New York | <input type="checkbox"/> Wyoming |
| <input type="checkbox"/> Indiana | <input type="checkbox"/> North Carolina | <input type="checkbox"/> Fuera del país |
| <input type="checkbox"/> Iowa | <input type="checkbox"/> North Dakota | <input type="checkbox"/> El cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Kansas | <input type="checkbox"/> Ohio | <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Kentucky | <input type="checkbox"/> Oklahoma | |
| <input type="checkbox"/> Luisiana | <input type="checkbox"/> Oregon | |
| <input type="checkbox"/> Maine | | |

Si el último estado en el que vivió en una vivienda permanente fue California, ¿en qué condado de California vivía?

Nuevo campo: c_last_permanent_address_county

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condado de Santa Cruz | <input type="checkbox"/> Condado de Marin | <input type="checkbox"/> Condado de San Mateo |
| <input type="checkbox"/> Condado de Alameda | <input type="checkbox"/> Condado de Mariposa | <input type="checkbox"/> Condado de Santa Bárbara |
| <input type="checkbox"/> Condado de Alpine | <input type="checkbox"/> Condado de Mendocino | <input type="checkbox"/> Condado de Santa Clara |
| <input type="checkbox"/> Condado de Amador | <input type="checkbox"/> Condado de Merced | <input type="checkbox"/> Condado de Shasta |
| <input type="checkbox"/> Condado de Butte | <input type="checkbox"/> Condado de Modoc | <input type="checkbox"/> Condado de Sierra |
| <input type="checkbox"/> Condado de Calaveras | <input type="checkbox"/> Condado de Mono | <input type="checkbox"/> Condado de Siskiyou |
| <input type="checkbox"/> Condado de Colusa | <input type="checkbox"/> Condado de Monterey | <input type="checkbox"/> Condado de Solano |
| <input type="checkbox"/> Condado de Contra Costa | <input type="checkbox"/> Condado de Napa | <input type="checkbox"/> Condado de Sonoma |
| <input type="checkbox"/> Condado de Del Norte | <input type="checkbox"/> Condado de Nevada | <input type="checkbox"/> Condado de Stanislaus |
| <input type="checkbox"/> Condado de El Dorado | <input type="checkbox"/> Condado de Orange | <input type="checkbox"/> Condado de Sutter |
| <input type="checkbox"/> Condado de Fresno | <input type="checkbox"/> Condado de Placer | <input type="checkbox"/> Condado de Tehama |
| <input type="checkbox"/> Condado de Glenn | <input type="checkbox"/> Condado de Plumas | <input type="checkbox"/> Condado de Trinity |
| <input type="checkbox"/> Condado de Humboldt | <input type="checkbox"/> Condado de Riverside | <input type="checkbox"/> Condado de Tulare |
| <input type="checkbox"/> Condado Imperial | <input type="checkbox"/> Condado de Sacramento | <input type="checkbox"/> Condado de Tuolumne |
| | <input type="checkbox"/> Condado de San Benito | |

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

	<input type="checkbox"/> Condado de Inyo <input type="checkbox"/> Condado de Kern <input type="checkbox"/> Condado de Kings <input type="checkbox"/> Condado de Lake <input type="checkbox"/> Condado de Lassen <input type="checkbox"/> Condado de Los Ángeles <input type="checkbox"/> Condado de Madera	<input type="checkbox"/> Condado de San Bernardino <input type="checkbox"/> Condado de San Diego <input type="checkbox"/> Condado de San Francisco <input type="checkbox"/> Condado de San Joaquín <input type="checkbox"/> Condado de San Luis Obispo	<input type="checkbox"/> Condado de Ventura <input type="checkbox"/> Condado de Yolo <input type="checkbox"/> Condado de Yuba <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p><i>Si el último lugar donde vivió en una vivienda permanente fue en el condado de Santa Cruz, ¿en qué parte (región) del condado de Santa Cruz vivió?</i></p> <p>Nuevo campo: c_last_permanent_address_santa_cruz_county</p>	<input type="checkbox"/> Condado Norte <input type="checkbox"/> Condado medio <input type="checkbox"/> Condado Sur		<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p><i>Si su última vivienda permanente estaba en el norte del condado de Santa Cruz, ¿en qué parte del norte del condado vivía?</i></p> <p>Nuevo campo: c_last_permanent_address_northern_santa_cruz_county</p>	<input type="checkbox"/> Áreas no incorporadas (por ejemplo, Felton, Ben Lomond, Davenport, otras) <input type="checkbox"/> Ciudad de Santa Cruz <input type="checkbox"/> Ciudad de Scotts Valley		<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p><i>Si su última vivienda permanente estaba en el Condado de Mid-Santa Cruz, ¿en qué parte del Condado vivió?</i></p> <p>Nuevo campo: c_last_permanent_address_mid_santa_cruz_county</p>	<input type="checkbox"/> Áreas no incorporadas (por ejemplo, Live Oak, Soquel, otras) <input type="checkbox"/> Ciudad de Capitola		<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p><i>Si su última vivienda permanente estaba en el sur del condado de Santa Cruz, ¿en qué parte del sur del condado vivía?</i></p> <p>Nuevo campo: c_last_permanent_address_south_santa_cruz_county</p>	<input type="checkbox"/> Áreas no incorporadas (por ejemplo, Aptos, La Selva, Corralitos, otras) <input type="checkbox"/> Ciudad de Watsonville		<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____