

N.º HMIS _____
 Nombre del cliente _____
 Nombre del personal _____
 Fecha en que se completó el formulario

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

El proveedor de servicios debe completar este formulario mientras entrevista a un cliente adulto o al jefe de familia antes de su salida del programa financiado por HOPWA. Se deben completar salidas de HOPWA separadas para cada cliente que sea **mayor** de 17 años o que sea el jefe de familia. **También se deben completar salidas de HOPWA separadas para los niños, pero asegúrese de utilizar el formulario de salida de niños de HOPWA.** Si el proveedor de servicios no puede completar una entrevista antes de la salida del cliente, debe completar el formulario con toda la información que tenga disponible sobre el estado de salida del cliente.

Fecha de salida del proyecto

La fecha de salida del proyecto servirá como fecha de información para todos los elementos de datos recopilados en este formulario; todos los datos deben ser precisos a esta fecha, independientemente de la fecha de recopilación.

		/			/				
Mes			Día			Año			

Destino

¿Cuál de las siguientes opciones se asemeja más al lugar donde se hospedarán el cliente inmediatamente después de dejar este proyecto?

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

- 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

- 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 con familiares, estadía temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa).
- Se queda o vive con amigos, estadía temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa).

Situaciones de vivienda permanente

- Se queda o vive con familiares, estadía permanente
- Se queda o vive con amigos, estadía permanente
- 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 continuo de vivienda
- Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda permanente

Nombre del cliente _____

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

<p>Otro: (Aparte del fallecimiento, hay situaciones muy limitadas aplicables a estas opciones. Por favor verifique que no haya una opción más apropiada antes de usarlos).</p> <p><input type="checkbox"/> No se completó la entrevista de salida</p> <p><input type="checkbox"/> Fallecido</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>	
<p>Tipo de subsidio de alquiler: Si selecciona "Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda vigente", seleccione el tipo de subsidio de la vivienda en uso.</p>	<p><input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP</p> <p><input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH</p> <p><input type="checkbox"/> Subsidio RRH o equivalente</p> <p><input type="checkbox"/> Bono HCV (basado en inquilinos o proyectos) (no exclusivo)</p> <p><input type="checkbox"/> Unidad de vivienda pública</p> <p><input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda en curso</p> <p><input type="checkbox"/> Vale de Vivienda de Emergencia (EHV)</p> <p><input type="checkbox"/> Bono del Programa de Unificación Familiar (FUP)</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes adoptivos hacia la independencia (FYI)</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían hogar</p>

Evaluación de vivienda al salir

<p>¿Cuál es la situación habitacional del cliente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Capaz de mantener la vivienda que tenían al ingresar al proyecto</p> <p><input type="checkbox"/> Se mudó a una nueva unidad habitacional</p> <p><input type="checkbox"/> Se mudó con familiares o amigos de forma temporal.</p> <p><input type="checkbox"/> Se mudó con familiares o amigos de forma permanente.</p> <p><input type="checkbox"/> Se mudó a un centro o programa de vivienda temporal o de transición</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente se quedó sin hogar y se mudó a un refugio u otro lugar no apto para la estadía de personas.</p> <p><input type="checkbox"/> Cárcel/prisión</p> <p><input type="checkbox"/> Fallecido</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>Si el cliente "pudo mantener la vivienda al ingresar al proyecto", responda la siguiente pregunta sobre la información del subsidio:</p>	<p><input type="checkbox"/> Sin subsidio</p> <p><input type="checkbox"/> Con el subsidio que tenían al inicio del proyecto</p> <p><input type="checkbox"/> Con un subsidio permanente adquirido desde el inicio del proyecto</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo con ayuda financiera distinta a un subsidio</p>	

Nombre del cliente _____

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

<p>Si el cliente <i>“se mudó a una nueva unidad de vivienda”</i>, responda la siguiente pregunta sobre la información del subsidio:</p>	<input type="checkbox"/> Con subsidio permanente <input type="checkbox"/> Sin subsidio permanente
---	--

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) ¿Tiene el cliente alguna discapacidad física?</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><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</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>2) ¿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>3) ¿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><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</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) ¿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><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</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) ¿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><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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>6) ¿Tiene el cliente algún trastorno por consumo de sustancias?</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>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <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 </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder </td> </tr> <tr style="background-color: #cccccc;"> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder </td> </tr> </table>	<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	<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"/> 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				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> 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> <p>En caso afirmativo, especifique el tipo y la cantidad de ingresos que recibe actualmente el cliente.</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>NO incluya los ingresos recibidos por otros adultos (de 18 años o más) en el hogar; registre sus ingresos en su Formulario de Inscripción.</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr style="background-color: #cccccc;"> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Ingresos ganados \$ <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo \$ <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario SSI (<i>SSI - recibido por personas discapacitadas que no tienen un historial laboral significativo</i>) \$\$ <input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social SSDI (<i>SSDI - recibido por personas discapacitadas que tienen un historial laboral significativo</i>) \$ <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos (VA)\$ <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA \$ <input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad privado \$ <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador \$ <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWORKs)\$ <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) \$ <input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social \$ <input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior \$ <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos \$ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otros tipos de manutención conyugal \$ <input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo \$ Si es otro, especifique: _____ </td> </tr> </table>	<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 \$ <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo \$ <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario SSI (<i>SSI - recibido por personas discapacitadas que no tienen un historial laboral significativo</i>) \$\$ <input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social SSDI (<i>SSDI - recibido por personas discapacitadas que tienen un historial laboral significativo</i>) \$ <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos (VA)\$ <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA \$ <input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad privado \$ <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador \$ <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWORKs)\$ <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) \$ <input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social \$ <input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior \$ <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos \$ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otros tipos de manutención conyugal \$ <input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo \$ Si es otro, especifique: _____
<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 \$ <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo \$ <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario SSI (<i>SSI - recibido por personas discapacitadas que no tienen un historial laboral significativo</i>) \$\$ <input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social SSDI (<i>SSDI - recibido por personas discapacitadas que tienen un historial laboral significativo</i>) \$ <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos (VA)\$ <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA \$ <input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad privado \$ <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador \$ <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWORKs)\$ <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) \$ <input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social \$ <input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior \$ <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos \$ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otros tipos de manutención conyugal \$ <input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo \$ Si es otro, especifique: _____			

Nombre del cliente _____

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

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?

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. 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 Formulario de Inscripción.

Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no responder

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

Si 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

Nombre del cliente _____

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

<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
<input type="checkbox"/> Administración de Salud para Veteranos (VHA) <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
<input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador <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
<input type="checkbox"/> Seguro médico obtenido a través de COBRA <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
<input type="checkbox"/> Seguro de salud con pago privado <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
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <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
<input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Salud para Indígenas <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
<input type="checkbox"/> Otros seguros de salud Si es otro, especifique: _____ _____

Nombre del cliente _____

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

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>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p> <p><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>
<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>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p> <p><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>

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: <i>Número entero entre 0 y 1500</i></p> <p>Si ingresa un número en el recuento de células T (CD4), indique ¿cómo se obtuvo la información?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</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>

Nombre del cliente _____

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

Si hay "Información sobre la carga viral disponible", recopile el recuento de carga viral: *Entero entre 0 y 999999*

Si se ingresa un número en el recuento de carga viral, indique ¿cómo se obtuvo la información?

- Informe médico Informe del cliente Otro

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

Estado general de salud [Jefe de familia y adultos]

¿Cuál es el estado general de salud del cliente?

- Excelente El cliente no sabe
 Muy bueno El cliente prefiere no responder
 Bueno
 Regular
 Pobre

Situación laboral [Jefe de familia y adultos]

¿Actualmente empleado?

¿El cliente está actualmente empleado?

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

En caso afirmativo, especifique el tipo de empleo

- Tiempo completo
 Tiempo completo
 Estacional/espórádico (incluido el trabajo por jornal)

Si no, ¿el cliente está buscando empleo?

- Buscando trabajo
 No puede trabajar
 No esta buscando trabajo

Nivel de instrucción [Jefe de familia y adultos]

Especifique el último grado de escuela completado por el cliente

- Menos de 5to grado GED
 Grados 5-6 Algunos estudios universitarios
 Grados 7-8 Título de asociado

Nombre del cliente _____

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

<p>¿El cliente está <u>actualmente</u> inscrito en una escuela o en un programa de capacitación?</p> <p>En caso afirmativo, especifique el tipo de escuela o programa de formación.</p>	<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"/> 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
	<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"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Colegio comunitario <input type="checkbox"/> Programa vocacional	<input type="checkbox"/> Programa de capacitación <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Otro

Recordatorio: Fecha de mudanza a la vivienda [Jefe de familia]

(Requerido para proyectos de vivienda permanente)

RECORDATORIO IMPORTANTE: Si el cliente se mudó a una unidad de vivienda permanente mientras estaba inscrito en programas de Realojamiento Rápido, Vivienda de Apoyo Permanente u otros programas de Vivienda Permanente, **asegúrese de que la “Fecha de mudanza a la vivienda” en la pantalla de inscripción esté completa con la fecha en que el cliente/familia se mudó/mudaron a la unidad permanente.**

Nombre del cliente _____

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