

N.º HMIS _____

Nombre del cliente _____

Nombre del personal _____

Fecha _____

HMIS del condado de Santa Cruz: actualización del estado de adultos y/o evaluación anual del Programa de Oportunidades de Vivienda para las Personas con SIDA (HOPWA)

Un proveedor de servicios debe completar una evaluación de actualización del estado de adulto de HOPWA cada 90 días que un cliente adulto o el jefe de familia haya estado inscrito en un programa financiado por HOPWA, independientemente de si su información ha cambiado. Después de que el cliente haya estado inscrito en el programa durante 1 año, el proveedor de servicios debe completar una evaluación anual de adultos de HOPWA en lugar de una evaluación de estado. Este formulario se puede utilizar para la evaluación de estado o la evaluación anual porque se recopila la misma información; sin embargo, asegúrese de seleccionar el tipo de evaluación apropiada al ingresar estos datos en el HMIS. Se deben completar actualizaciones de estado de HOPWA y/o evaluaciones anuales por separado para cada cliente que sea **mayor** de 17 años o que sea el jefe de familia. **También se deben completar la actualización del estado y/o las evaluaciones anuales de los niños, pero asegúrese de utilizar el formulario de actualización del estado del niño y/o evaluación anual de HOPWA.**

Fecha de actualización del estado del proyecto

		/			/				
Mes			Día			Año			

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.

1) ¿Tiene el cliente alguna discapacidad física? <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>	<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
2) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
3) ¿Tiene el cliente una condición de salud crónica? <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>	<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"/> 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>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>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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<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>	<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder <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?”

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

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.

2) 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

Nombre del cliente _____

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

3) **¿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 en contra de usted o de un miembro de su familia?”

- Sí
 No

- El cliente no sabe
 El cliente prefiere no responder

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

¿Ingresos de cualquier fuente?

¿El cliente recibe actualmente algún ingreso de alguna fuente?

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

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

- Ingresos ganados \$
 - 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

Nombre del cliente _____

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

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 Inscripción al Programa

- 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
 - 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) _____

<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

Nombre del cliente _____

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

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>	<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>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del cliente _____

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

<p>¿Hay información disponible sobre la carga viral?</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>	<input type="checkbox"/> No disponible <input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Indetectable <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Informe del cliente <input type="checkbox"/> Otro

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

<p>¿Al participante se le han recetado medicamentos antirretrovirales?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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) _____