

N.º HMIS \_\_\_\_\_

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Nombre del personal \_\_\_\_\_

Fecha en que se completó el formulario  
\_\_\_\_\_

## HMIS del condado de Santa Cruz: Salida para adultos de PATH

El proveedor de servicios debe completar este formulario mientras entrevista a un cliente adulto o al jefe de familia antes de su salida del proyecto PATH. Se deben completar salidas PATH separadas para cada cliente que sea **mayor** de 17 años o que sea el jefe de familia. **También se deben completar salidas de clientes por separado para los niños, pero asegúrese de utilizar el formulario estándar de salida de cliente infantil de HMIS.** 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

**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).

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/> No se completó la entrevista de salida <input type="checkbox"/> Fallecido		<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder	
<b>Tipo de subsidio de alquiler:</b> <i>Si selecciona "Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda vigente", seleccione el tipo de subsidio de la vivienda en uso.</i>		<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	

**Conexión con SOAR [Jefe de familia y adultos]**

*La respuesta a esta pregunta probablemente siempre será "No", ya que actualmente no hay programas SOAR en el condado de Santa Cruz.*

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

**Estado PATH [Jefe de familia y adultos]**

*Completar si aún no está completado. La fecha de determinación del estado solo debe completarse una vez durante la inscripción del programa del cliente, en el momento en que se haya determinado el estado de inscripción de PATH para el cliente. Sólo debe haber una fecha de determinación de estado por estadía del proyecto. Si el cliente sale del proyecto PATH sin inscribirse, aún es necesario completar las siguientes preguntas, indicando que el cliente no se inscribió y el motivo por el cual no se inscribió.*

<b>1) Fecha de determinación del estado</b>  <i>La fecha en que se determina que el cliente es elegible para el programa PATH Outreach.</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20%;"></div> </div>
<b>2) ¿El cliente se inscribió en PATH?</b>  <i>Si no, el motivo por el cual el cliente no se inscribió:</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> Se determinó que el cliente no era elegible para PATH <input type="checkbox"/> El cliente no fue inscrito por otros motivos <input type="checkbox"/> No se puede localizar al cliente

**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.*

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

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

<p><b>1) ¿Tiene el cliente alguna discapacidad física?</b></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><b>2) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?</b></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><b>3) ¿Tiene el cliente una condición de salud crónica?</b></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><b>4) ¿El cliente tiene VIH – SIDA?</b></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><b>5) ¿Tiene el cliente un trastorno de salud mental?</b></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><b>6) ¿Tiene el cliente un trastorno por consumo de sustancias?</b></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"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<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

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

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

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

<p><b>¿Ingresos de cualquier fuente?</b>  <i>¿El cliente recibe actualmente algún ingreso de alguna fuente?</i></p> <p><b>En caso afirmativo, especifique el tipo y la cantidad de ingresos que recibe actualmente el cliente.</b></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 salida.</i></p>	<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> <p><input type="checkbox"/> Ingresos ganados \$</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de desempleo \$</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario SSI (<i>SSI - recibido por personas discapacitadas que no tienen un historial laboral significativo</i>) \$</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social SSDI (<i>SSDI - recibido por personas discapacitadas que tienen un historial laboral significativo</i>) \$</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos (VA)\$</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA \$</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad privado \$</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación al trabajador \$</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWORKs)\$</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) \$</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social \$</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior \$</p> <p><input type="checkbox"/> Manutención de los hijos \$</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otros tipos de manutención conyugal \$</p> <p><input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo \$</p> <p>Si es otro, especifique: _____</p> <p><b>TOTAL: \$</b> _____</p>
<p><b>Ingresos totales en efectivo por persona</b></p>	

**Prestaciones no monetarias [Jefe de familia y adultos]**

<p><b>¿Está recibiendo beneficios no monetarios?</b>  <i>¿El cliente está recibiendo actualmente uno de los beneficios no monetarios enumerados a continuación?</i></p> <p><b>En caso afirmativo, indique todos los beneficios no monetarios que recibe el cliente:</b></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>NO incluya los beneficios recibidos por otros adultos (de 18 años o más) en el hogar; registre sus beneficios en su formulario de salida.</i></p>	<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> <p><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP/CalFresh)</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de cuidado infantil TANF/CALWORKS</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de transporte de TANF/CALWORKS</p> <p><input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF/CALWORKS</p> <p><input type="checkbox"/> Otros seguros de salud</p> <p>Si es otro, especifique: _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Seguro de salud**

<p><b>¿Cubierto por el seguro de salud?</b></p>	<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>
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

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

<p><i>¿El cliente está actualmente cubierto por un seguro médico?</i></p> <p><b>Sí es así, seleccione el tipo de cobertura de seguro médico del cliente:</b></p> <p><i>Si el cliente está actualmente cubierto por varios seguros de salud, seleccione todos los que correspondan.</i></p>	<input type="checkbox"/> Medicaid (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Administración de Salud para Veteranos (VHA) <input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador <input type="checkbox"/> Seguro médico obtenido a través de COBRA  <input type="checkbox"/> Seguro de salud con pago privado <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Salud para Indígenas <input type="checkbox"/> Otros seguros de salud Si es otro, especifique: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Estado general de salud [Jefe de familia y adultos]**

<p><b>¿Cuál es el estado general de salud del cliente?</b></p>	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <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]**

<p><b>¿Actualmente empleado?</b> <i>¿El cliente está actualmente empleado?</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><b>En caso afirmativo, especifique el tipo de empleo</b></p>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional/esporádico (incluido el trabajo por jornal)	
<p><b>Si no, ¿el cliente está buscando empleo?</b></p>	<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]**

<p><b>Especifique el <u>último grado</u> de escuela completado por el cliente</b></p>	<input type="checkbox"/> Menos de 5to grado <input type="checkbox"/> Grados 5-6 <input type="checkbox"/> Grados 7-8 <input type="checkbox"/> Grados 9-11 <input type="checkbox"/> Grado 12/ Diploma de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Postgrado
---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

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

<p><b>¿El cliente está <u>actualmente</u> inscrito en una escuela o en un programa de capacitación?</b></p> <p><b>En caso afirmativo, especifique el tipo de escuela o programa de formación.</b></p>	<input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado	<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"/> Jardín de infantes – 8vo grado <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"/> Otros

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

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