

N.º HMIS _____
Nombre del cliente _____
Nombre del personal _____
Fecha _____

HMIS del condado de Santa Cruz: actualización y/o evaluación anual del estado de adultos de PATH

Un proveedor de servicios debe completar una evaluación de actualización del estado de adulto de PATH cada 90 días que un cliente adulto o el jefe de familia haya estado inscrito en un programa financiado por PATH, 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 PATH 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 apropiado al ingresar estos datos en el HMIS. Se deben completar formularios PATH de estado y/o de evaluación anual por separado para cada miembro adulto del hogar. También se debe completar un formulario estándar y/o de evaluación anual de estado por separado para los niños, pero asegúrese de utilizar el formulario de estado estándar del niño y/o el formulario de evaluación anual.

Fecha de actualización del estado del proyecto

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

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"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<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.

<p>1) Fecha de determinación del estado</p> <p><i>La fecha en que se determina que el cliente es elegible para el programa PATH Outreach.</i></p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			/			/				
		/			/						

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____

<p>2) ¿El cliente se inscribió en PATH?</p> <p><i>Si no, el motivo por el cual el cliente no se inscribió:</i></p>	<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.

<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
	<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
	<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>	<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
<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
	<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 (en caso de ser otra persona) _____

<p>6) ¿Tiene el cliente un 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"/> 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

Violencia doméstica [Jefe de familia y adultos]

<p>1) Sobreviviente de violencia doméstica <i>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?”</i></p> <p><i>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.</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>2) Cuándo lo experimentó <i>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?”</i></p>	<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Hace entre tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) <input type="checkbox"/> Hace entre seis meses a un año (excluyendo exactamente un año) <input type="checkbox"/> Hace 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 (en caso de ser otra persona) _____

<p>3) ¿Está huyendo actualmente? <i>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?”</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
--	---

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 Inscripción al Programa</i></p> <p>Ingresos totales en efectivo por persona</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 \$ <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) \$</p> <p><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: _____</p> <p>TOTAL: \$ _____</p>
---	---

Prestaciones no monetarias [Jefe de familia y adultos]

<p>¿Está recibiendo beneficios no monetarios? <i>¿El cliente está recibiendo actualmente uno de los beneficios no monetarios enumerados a continuación?</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>
---	---

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____

<p>En caso afirmativo, indique todos los beneficios no monetarios que recibe el cliente:</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 Inscripción al Programa</i></p>	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP/CalFresh) <input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado infantil TANF/CALWORKS <input type="checkbox"/> Servicios de transporte de TANF/CALWORKS <input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF/CALWORKS <input type="checkbox"/> Otros seguros de salud Si es otro, especifique: _____
--	--

Seguro de salud

<p>¿Cubierto por el seguro de salud? <i>¿El cliente está actualmente cubierto por un seguro médico?</i></p> <p>Sí es así, seleccione el tipo de cobertura de seguro médico del cliente:</p> <p><i>Si el cliente está actualmente cubierto por varios seguros de salud, seleccione todos los que correspondan.</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"/> 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: _____</p>	

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____