

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 o jefes de familia del Programa de Demostración de Jóvenes sin Hogar (YHDP)

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 YHDP. Se deben completar salidas de YHDP 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 hospedará 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) _____

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).

No se completó la entrevista de salida

Fallecido

Otro (especificar): _____

El cliente no sabe

El cliente prefiere no responder

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.

Subsidio de vivienda GPD TIP

Subsidio de vivienda VASH

Subsidio RRH o equivalente

Bono HCV (basado en inquilinos o proyectos) (no exclusivo)

Unidad de vivienda pública

Alquiler por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda en curso

Vale de Vivienda de Emergencia (EHV)

Bono del Programa de Unificación Familiar (FUP)

Iniciativa de jóvenes adoptivos hacia la independencia (FYI)

Vivienda de apoyo permanente

Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían hogar

Estado de finalización del proyecto [Jefe de familia y adultos]: no se requiere para programas de extensión de servicios en las calles o prevención a la falta de vivienda

¿Cuál es el estado del cliente al salir?

Proyecto terminado

El cliente se retiró voluntariamente antes de tiempo

El cliente fue expulsado o dado de baja involuntariamente del proyecto.

Si el cliente fue expulsado o dado de baja involuntariamente del proyecto, ¿cuál fue la razón principal?

Actividad delictiva/destrucción de propiedad/violencia

Incumplimiento de las normas del proyecto

Falta de pago del alquiler/cargo por ocupación

Se alcanzaron los tiempos máximos permitidos por el proyecto

Proyecto finalizado

Desconocido/desaparecido

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.

Sí

No

El cliente no sabe

El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

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

<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>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>2) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<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>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>4) ¿El cliente tiene VIH – SIDA?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<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>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<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>	<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</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>

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

Nombre del cliente _____

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

<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 salida.</i></p> <p style="text-align: right;">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 \$</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>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?</i></p> <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</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"/> Otro beneficio no monetario</p>
--	--

Nombre del cliente _____

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

<p><i>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>Si es otro, especifique: _____</p>
--	---------------------------------------

Seguro de salud

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

Estado general de salud [Jefe de familia y adultos]

<p>1) ¿Cuál es el estado general de salud del cliente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Pobre</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>2) ¿Cuál es el estado de salud dental del cliente?</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
<p>3) ¿Cuál es el estado de salud mental del cliente?</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>¿Actualmente empleado? <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>En caso afirmativo, especifique el tipo de empleo</p>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional/espórádico (incluido el trabajo por jornal)
<p>Si no, ¿el cliente está buscando empleo?</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]

<p>1) Matrícula y asistencia escolar actual</p>	<input type="checkbox"/> No estar inscrito actualmente en ninguna escuela o curso educativo. <input type="checkbox"/> Actualmente matriculado pero NO asiste regularmente (cuando la escuela o el curso están en sesión) <input type="checkbox"/> Actualmente matriculado y asistiendo regularmente (cuando la escuela o el curso están en sesión) <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>2) Nivel educativo más reciente <i>Si el cliente responde “no está inscrito actualmente en ninguna escuela o curso educativo” arriba, formule esta pregunta para determinar su nivel educativo más reciente:</i></p>	<input type="checkbox"/> K12: Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> K12: Obtuvo el GED <input type="checkbox"/> K12: Se retiró <input type="checkbox"/> K12: Suspendido <input type="checkbox"/> K12: Expulsado <input type="checkbox"/> Educación superior: Está cursando una credencial pero no asiste actualmente <input type="checkbox"/> Educación superior: Se retiró <input type="checkbox"/> Educación superior: Obtuvo una credencial/título	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>3) Nivel educativo actual <i>Si el cliente está actualmente inscrito en alguna escuela o curso educativo, especifique el nivel educativo actual (el tipo de título o credencial que está cursando actualmente):</i></p>	<input type="checkbox"/> Busca obtener un diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Busca obtener un título de asociado <input type="checkbox"/> Busca obtener una Licenciatura <input type="checkbox"/> Busca obtener un diploma de posgrado <input type="checkbox"/> Busca obtener otras credenciales postsecundarias	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Salida segura y apropiada [Jefe de familia y adultos] – No se requiere para programas de extensión de Servicios en las calles o prevención de la falta de vivienda

<p>1) Destino de salida seguro: según lo determine el cliente</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>2) Destino de salida seguro: según lo determine el proyecto/trabajador social</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El trabajador no sabe
<p>3) El cliente tiene conexiones positivas permanentes con adultos fuera del proyecto.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El trabajador no sabe
<p>4) El cliente tiene conexiones positivas permanentes con sus pares fuera del proyecto.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El trabajador no sabe
<p>5) El cliente tiene conexiones comunitarias positivas permanentes fuera del proyecto.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El trabajador no sabe

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) _____

Nombre del cliente _____

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