

N.º HMIS _____

Nombre del cliente _____

Nombre del personal _____

Fecha _____

HMIS del condado de Santa Cruz – Actualización de estado y/o evaluación anual de adultos o jefes de familia del Programa de Demostración de Jóvenes sin Hogar (YHDP)

Un proveedor de servicios debe completar una evaluación de actualización del estado de adulto de YHDP cada 90 días que un cliente adulto o el jefe de familia haya estado inscrito en un programa YHDP, 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 YHDP 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 actualizaciones de estado y/o evaluaciones anuales YHDP 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 estándar de actualización del estado del niño y/o evaluación anual de HMIS.**

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
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
4) ¿El cliente tiene VIH – SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
5) ¿Tiene el cliente un trastorno de salud mental?	<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><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>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"/> 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]

<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”.</i></p> <p><i>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 formulario de actualización/anual.</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) \$ <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?</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</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) <input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado infantil TANF/CALWORKS</p>
---	---

Nombre del cliente _____

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

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 actualización/anual.

- 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?

Sí 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)

Medicare

Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Administración de Salud para Veteranos (VHA)

Seguro médico proporcionado por el empleador

Seguro médico obtenido a través de COBRA

Seguro de salud con pago privado

Seguro de Salud Estatal para Adultos

Programa de Servicios de Salud para Indígenas

Otros seguros de salud

Si es otro, especifique: _____

Estado de embarazo [Jefa de familia y adultos]

¿La cliente está embarazada?

Sí

No

El cliente no sabe

El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

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

En caso afirmativo, fecha de parto:

		/			/				
Mes			Día			Año			

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 (en caso de ser otra persona)_____