

Nombre del cliente _____
N.º de HMIS _____
Nombre del personal _____
Fecha en la que se llenó el formulario _____

Inscripción en el Programa de Jóvenes sin Hogar y que Han Huido de sus Hogares (RHY) del Sistema de Información de Gestión de Personas sin Vivienda (HMIS) del Condado de Santa Cruz

El proveedor de servicios debe llenar este formulario a medida que entrevista al cliente. **Se debe llenar un formulario de inscripción por separado por cada miembro del hogar, incluidos los niños.**

1) Nombre del cliente	Nombre Apellido																				
<p>2) Fecha de inscripción en el programa <i>La fecha en la que el cliente comenzó a recibir asistencia del proyecto (programa), que también se denomina fecha de inicio del proyecto.</i></p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>			/			/					Mes			Día			Año			
		/			/																
Mes			Día			Año															
<p>3) Fecha de mudanza a la vivienda: <i>(Es obligatorio para proyectos de vivienda permanente)</i></p> <p><i>Esta es la fecha en la que el cliente se muda a una situación de vivienda permanente mientras está inscrito en los programas de realojamiento rápido, vivienda de apoyo permanente u otros programas de vivienda permanente, incluso si la fecha de mudanza es la misma que la fecha de inscripción en el proyecto.</i></p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>			/			/					Mes			Día			Año			
		/			/																
Mes			Día			Año															

<p>4) Fecha de participación <i>(sólo para alcance de la calle o refugio de emergencia noche a noche)</i></p> <p><i>La fecha en que la relación con el cliente da como resultado un plan de acción desarrollado en colaboración con un proveedor.</i></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Día</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Año</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			/			/					Mes			Día			Año			
		/			/																
Mes			Día			Año															
<p>5) Situación de vivienda anterior <i>¿Cuál era la situación de vivienda del cliente la noche anterior a la inscripción en el proyecto?</i></p> <p><i>Pregunte al cliente: "¿Dónde se alojó o durmió anoche"?</i></p>	<p><u>Situaciones sin hogar</u></p> <p><input type="checkbox"/> Lugar que no está destinado para habitarse (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, autobús/tren/estación de metro/aeropuerto o cualquier lugar en la calle)</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluyendo un hotel o un motel pagado con un vale de refugio de emergencia o un refugio de casa de acogida financiado por RHY</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio seguro</p> <p><u>Situaciones institucionales</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza temporal o hogar de grupo de cuidado de crianza temporal</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital u otro no residencial (centro médico psiquiátrico)</p> <p><input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención de menores</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación</p> <p><u>Situaciones de vivienda transicional y permanente</u></p> <p><input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterio para personas sin vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Casa de transición para personas sin vivienda (incluidos los jóvenes sin vivienda)</p> <p><input type="checkbox"/> Casa de acogida (para situaciones que no se consideran una crisis)</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente se queda o vive en la habitación, el apartamento o la casa de un amigo</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente se queda o vive en la habitación, el apartamento o la casa de un miembro de la familia</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente alquila con subsidio de vivienda GPD TIP</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente alquila con subsidio de vivienda VASH</p>																				

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

	<input type="checkbox"/> Vivienda permanente (excepto RRH) para personas anteriormente sin vivienda <input type="checkbox"/> El cliente alquila con RRH o subvención equivalente <input type="checkbox"/> El cliente alquila con bono HCV (basado en proyecto o inquilino) <input type="checkbox"/> El cliente alquila una vivienda pública <input type="checkbox"/> El cliente alquila sin subsidio de vivienda continuo <input type="checkbox"/> El cliente alquila con otro subsidio de vivienda continuo <input type="checkbox"/> El cliente es propietario de vivienda con subsidio de vivienda continuo <input type="checkbox"/> El cliente es propietario de vivienda sin subsidio de vivienda continuo Otras <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
6) Duración de la estancia en la situación de vivienda anterior <i>¿Cuánto tiempo ha estado durmiendo/alojándose en el lugar donde se alojó/durmió anoche? Si el cliente ha permanecido en situaciones similares (por ejemplo, fuera, casas de amigos) pero no exactamente en el mismo LUGAR, incluya el tiempo total en ese tipo de situación</i>	<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> Dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
7) Si el cliente se quedó en una situación institucional anoche, ¿la estancia fue de menos de 90 días? Si la respuesta es "Sí", ¿el cliente se quedó en la calle o en un refugio de emergencia la noche antes de ir a la situación institucional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Condiciones discapacitantes (se requieren todas las respuestas)

<p>1) ¿El cliente tiene una condición discapacitante?</p> <p><i>Una condición discapacitante es una condición de salud que interfiere con conseguir o mantener una vivienda estable.</i></p> <p><i>Esta pregunta se usa con otra información para determinar si el cliente cumple con los criterios de falta de vivienda crónica.</i></p> <p>Todas las preguntas de esta sección DEBEN ser contestadas incluso si la respuesta es "no" a esta pregunta.</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe								
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder								
<p>2) ¿El cliente tiene una discapacidad física?</p> <p><i>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr style="background-color: #f2f2f2;"> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr style="background-color: #f2f2f2;"> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe								
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder								
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe								
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder								
<p>3) ¿El cliente tiene una discapacidad del desarrollo?</p> <p><i>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr style="background-color: #f2f2f2;"> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr style="background-color: #f2f2f2;"> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe								
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder								
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe								
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder								
<p>4) ¿El cliente tiene una condición de salud crónica?</p> <p><i>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr style="background-color: #f2f2f2;"> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr style="background-color: #f2f2f2;"> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe								
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder								
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe								
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder								

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

5) ¿El cliente tiene VIH-SIDA? <i>Si la respuesta es Sí, ¿se espera que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
6) ¿El cliente tiene un trastorno de salud mental? <i>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
7) ¿Tiene el cliente algún trastorno por consumo de sustancias? <i>Si la respuesta es "Sí", ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que perjudique sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente?</i>	<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 abuso de alcohol y drogas	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Violencia doméstica

<p>1) Víctima/sobreviviente de violencia doméstica</p> <p><i>Pregúntele al cliente: "¿Ha sufrido alguna vez violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho u otras condiciones peligrosas o que ponen en peligro la vida contra usted o contra un miembro de su familia, incluido un niño, que haya ocurrido en el lugar donde vivía?"</i></p> <p>Si la respuesta es "no", vaya a la sección "Ingresos mensuales - Beneficios en efectivo".</p> <p>Si la respuesta es "sí", RESPONDA a las preguntas 2 a 3.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>2) Incidencia más reciente</p> <p><i>Pregúntele al cliente: "¿Hace cuánto tiempo tuvo su experiencia más reciente de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho u otras condiciones peligrosas o potencialmente mortales?"</i></p>	<p><input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) <input type="checkbox"/> Hace seis meses a un año (excluyendo exactamente un año) <input type="checkbox"/> Hace un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>3) Estatus actual</p> <p><i>Pregúntele al cliente: "¿Está huyendo o intentando huir de la situación de violencia doméstica, o tiene miedo de regresar al lugar en el que vive?"</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Ingresos mensuales - Beneficios en efectivo

<p>¿Ingresos actuales de cualquier fuente? <i>¿El cliente recibe algún ingreso de alguna fuente?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>Especifique el(los) tipo(s) y la cantidad(s) de ingresos que el cliente recibe actualmente.</p> <p><i>Sólo deben incluirse las fuentes periódicas y recurrentes que están vigentes hasta hoy. Los ingresos recibidos por un menor (menor de 18 años) que sea miembro del hogar (por ejemplo, Seguridad de Ingreso Suplementario) deben registrarse con la información del jefe del hogar.</i></p> <p><i>NO incluya los ingresos recibidos por otras personas adultas (de 18 años o más) en el hogar; registre sus ingresos en su Formulario de inscripción.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro por desempleo \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de la Administración de Veteranos \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad que no esté relacionada con el servicio de la Administración de Veteranos \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad \$ _____</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 por jubilación del Seguro Social \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación de un antiguo trabajo \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Manutención de menores \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otro apoyo conyugal \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo \$ _____</p> <p>Si hay otro, especifique: _____</p>
<p>Total de ingresos en efectivo del cliente</p>	<p>TOTAL: \$ _____</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Beneficios que no son en efectivo

<p>¿Recibe actualmente beneficios que no son en efectivo? <i>¿Recibe el cliente actualmente uno de los beneficios no monetarios que se enumeran a continuación?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>Si la respuesta es Sí, indique todos los beneficios no monetarios que el cliente recibe:</p> <p><i>Sólo deben incluirse las fuentes periódicas y recurrentes que están vigentes hasta hoy. Registre los beneficios no monetarios recibidos por un miembro menor (menor de 18 años de edad) del hogar según la información del feje del hogar.</i></p> <p><i>NO incluya los beneficios recibidos por otras personas adultas (de 18 años o más) en el hogar; registre sus beneficios en su Formulario de inscripción.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)/Cal Fresh</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios TANF/CALWORKS para el cuidado de niños</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de transporte TANF/CALWORKS</p> <p><input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF/CALWORKS</p> <p><input type="checkbox"/> Otros beneficios que no sean en efectivo</p> <p>Si hay otro, especifique: _____</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Seguro de salud

<p>¿Actualmente tiene cobertura de un seguro de salud? <i>¿El cliente tiene actualmente tiene cobertura de un seguro de salud?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>Si la respuesta es Sí, tipo(s) de seguro(s): <i>Si el cliente tiene actualmente tiene cobertura de varios seguros de salud, seleccione todos los que correspondan.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Medicaid (igual que Medi-Cal)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (CHIP)</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de salud proporcionado por el empleador</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de salud obtenido a través de COBRA</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de salud de pago privado</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro estatal de salud para adultos</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud para Indígenas Estadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Otro seguro de salud</p> <p>Si hay otro, especifique: _____</p>

Orientación sexual

<p>¿Cuál es la orientación sexual del cliente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Gay</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Sin determinar/sin decidir</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (especifique)</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
--	---	--

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Estado de educación

Especifique el último grado escolar que finalizó el cliente	<input type="checkbox"/> Menos del grado 5 <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 preparatoria <input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado	<input type="checkbox"/> GED (examen desarrollo de educación general) <input type="checkbox"/> Un poco de colegio <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Título de posgrado <input type="checkbox"/> Certificación profesional <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Estado escolar de RHY	<input type="checkbox"/> Asiste a la escuela de forma regular <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela de forma irregular <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Obtuvo un GED <input type="checkbox"/> Desertó de la escuela	<input type="checkbox"/> Expulsado de forma temporal <input type="checkbox"/> Expulsado de forma permanente <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder

Estado de empleo

¿Trabaja actualmente? <i>¿El cliente trabaja actualmente?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Si la respuesta es Sí, especifique el tipo de empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional/espórádico (incluyendo jornalero durante el día)	
Si la respuesta es No, ¿el cliente está buscando empleo?	<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> No se puede empleo <input type="checkbox"/> No está buscando empleo	

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Estado de salud

1) Estado general de salud del cliente:	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder																				
2) Estado de salud dental del cliente:	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder																				
3) Estado de salud mental del cliente:	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder																				
4) Estado de embarazo de la clienta: Si la respuesta es Sí, fecha de parto:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder																				
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Día</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Año</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			/			/					Mes			Día			Año				
		/			/																	
Mes			Día			Año																

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Participación en otros sistemas

<p>1) El joven estuvo anteriormente bajo tutela de una agencia de protección de menores o de cuidado de crianza.</p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto tiempo estuvo bajo tutela legal de la agencia de protección de menores o de cuidado de crianza?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p> <p><input type="checkbox"/> De 3 a 5 años o más <input type="checkbox"/> De 1 a 2 años <input type="checkbox"/> Menos de un año (especifique la cantidad de meses) _____</p>
<p>2) El joven estuvo anteriormente bajo tutela del sistema de justicia juvenil.</p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto tiempo estuvo bajo tutela del sistema de justicia juvenil?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p> <p><input type="checkbox"/> De 3 a 5 años o más <input type="checkbox"/> De 1 a 2 años <input type="checkbox"/> Menos de un año (especifique la cantidad de meses) _____</p>

Asuntos críticos para la familia (adultos y jefe/jefa de familias, todos los tipos de programas excepto Street Outreach)

<p>1) Desempleo - Miembro de la familia</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>2) Trastorno de salud mental - Miembro de la familia</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>3) Discapacidad física - Miembro de la familia</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>4) Trastorno por consumo de alcohol o sustancias - Miembro de la familia</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

5) Ingresos insuficientes para apoyar al joven-Miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
6) Padre del joven encarcelado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder

Origen de referencia

<input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Individuo: Padre/tutor legal/pariente/amigo/padre de crianza <input type="checkbox"/> Padre/otro individuo <input type="checkbox"/> Alcance <input type="checkbox"/> Refugio temporal <input type="checkbox"/> Proyecto residencial <input type="checkbox"/> Línea directa <input type="checkbox"/> Bienestar del Niño/CPS <input type="checkbox"/> Justicia juvenil	<input type="checkbox"/> Fuerzas del orden/policía <input type="checkbox"/> Hospital mental <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otra organización <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
--	---

Última dirección permanente

<u>Esta es la dirección de la última vivienda permanente del cliente antes de esta experiencia de falta de vivienda: no debe ser la dirección de un refugio o una ubicación que no está destinada para habitarse, como las calles o un parque.</u>	Domicilio	Ciudad
	Estado	Código postal

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____