



# FORMULARIO COORDINADA DE VULNERABILIDAD / CWL AL INGRESAR HMIS DEL CONDADO DE LANE

¿SE HA LEÍDO Y ACEPTADO EL TEXTO DE PRIVACIDAD DE DATOS DE HMIS?     SÍ     NO

Agencia	Nombre de Asesor	Fecha de evaluación

**NOMBRE DE JEFE DE FAMILIA / HOGAR (HoH)**

(nombre, inicial de segundo nombre, apellido, sufijo)

**FECHA DE NACIMIENTO (No Dejar en Blanco)**

<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> parcial	/                      / <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> aproximado o parcial
---	---

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (HoH)**

-	-
---	---

Client no sabe     Client Se Negó

**ESTADO DE VETERANO MILITAR (HoH)**

<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	Estuvo en servicio activo en el ejército de los EE. UU.
<input type="checkbox"/> <b>No</b>	No estuvo en servicio activo en el ejército de los EE. UU.

**RAZA y ETNICIDAD (HoH) Marcar todas que aplican.**

<input type="checkbox"/> Indio Americano, Nativo de Alaska o Indígena	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Asiático o Asiático Americano	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro, Afroamericano, o Africano	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe
<input type="checkbox"/> Hispano(a) / Latino(a)(x)	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Medio Oriental o Norafricano	<input type="checkbox"/> Otro:

**GÉNERO (HoH)**

<input type="checkbox"/> Mujer o Niña	<input type="checkbox"/> Transgénero
<input type="checkbox"/> Hombre o Niño	<input type="checkbox"/> Cuestionando
<input type="checkbox"/> Identidad Culturalmente Específico (por ejemplo, Dos Espíritus)	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Género No Binario	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Identidad distinta: _____	

**IDIOMA PREFERIDO**

<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Tagalo
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Lenguaje estadounidense de señas
<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no contestar

**¿DESEA UN INTÉRPRETE?**

<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>En caso de que sí, ¿cuál idioma?</b>

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE JEFE DE FAMILIA**

Estado de vivienda	Por correo electrónico	Dirección / Domicilio	Nro. de Contacto
			<input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de Recados

Opciones de Estado de Vivienda: No Albergado o en Albergue de Emergencia, Compartiendo vivienda, Proyecto de Vivienda de Transición, Albergado

**SI EL CLIENTE NO ENFRENTA FALTA DE VIVIENDA – NO ES NECESARIO CONTINUAR**

**PREGUNTAS DE DESVIACIÓN**

¿Tuvo usted alguna conversación acerca de resolución de problemas por medio de Desviación con esta familia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Según las respuestas anteriores, ¿recomienda usted Desviación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**SI ELEGIBLE PARA DESVIACIÓN, NO CONTINÚE CON LA EVALUACIÓN DE PRIMER PASO (FRONT DOOR ASSESSMENT) Y COMPLETE EL FORMULARIO DE COGNITO:**

<https://www.cognitofrms.com/LaneCounty1/lanecountydiversionfinanciamanagementrequest>

**TIPO DE FAMILIA / HOGAR      TAMAÑO E INGRESO DE FAMILIA igual para cada integrante de la familia**

<input type="checkbox"/> Solamente Adultos	Tamaño de Familia / Hogar	Ingreso Familiar:
<input type="checkbox"/> Adulto(s) y Niño(s)	Nivel de Ingreso Familiar:	Porcentaje de Ingreso Familiar Mediano:
<input type="checkbox"/> Solamente Niño(s)	<input type="checkbox"/> Hasta el 50% <input type="checkbox"/> 51 - 75% <input type="checkbox"/> 76 - 100%	<input type="checkbox"/> 0 - 30% <input type="checkbox"/> 30 - 50%
	<input type="checkbox"/> 101 - 125% <input type="checkbox"/> 126 - 150% <input type="checkbox"/> 151 - 175%	<input type="checkbox"/> 50 - 80% <input type="checkbox"/> Más del 80%
	<input type="checkbox"/> 176 - 200% <input type="checkbox"/> 201 - 250% <input type="checkbox"/> Más del 250%	

Residencia actual del cliente (ciudad)	Enrollment CoC*
	OR - 500

**LC HISTORIAL DE 3 AÑOS DE VIVIENDA Y DE FALTA DE VIVIENDA (debe incluir por lo menos 36 meses)**

Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Ciudad	Tipo de Vivienda	¿Razón de Irse?	¿Buenas Recomendaciones de Parte de Propietario de Vivienda?	Notas

**SITUACIÓN ANTERIOR DE VIVIENDA (dónde durmió anoche el cliente)**

Completar por separado para cada adulto si los adultos vivían en diferentes situaciones de vivienda.

Situaciones de Falta de Vivienda
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a ser habitable
<input type="checkbox"/> Albergue de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado <b>con</b> vales de albergue de emergencia, o bien albergue de Casa de Huéspedes financiado por RHY
<input type="checkbox"/> Albergue de Protección (Safe Haven)

Situaciones Institucionales	
<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza temporal u hogar grupal de cuidado de crianza temporal	<input type="checkbox"/> Centro de cuidado a largo plazo u hogar de ancianos
<input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o bien centro de detención juvenil	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación

Situaciones de Vivienda Temporal y Permanente	
<input type="checkbox"/> Casa de proyecto residencial o de rehabilitación sin criterios de personas que enfrentan falta de vivienda	<input type="checkbox"/> Alquilado por cliente, sin subsidio de vivienda en curso
<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado <b>sin</b> vales de albergue de emergencia	<input type="checkbox"/> Alquilado por cliente, con subsidio de vivienda en curso
<input type="checkbox"/> Viviendas de transición para personas que enfrentan falta de vivienda (incluyendo jóvenes que enfrenta falta de vivienda)	↳ En caso de sí, ¿qué tipo de subvención?
<input type="checkbox"/> Casa de Huéspedes (no crisis)	<input type="checkbox"/> GPD TIP <input type="checkbox"/> VASH <input type="checkbox"/> HCV Voucher
<input type="checkbox"/> Se queda o vive en la habitación, apartamento o casa de un amigo	<input type="checkbox"/> RRH o equivalente <input type="checkbox"/> Vivienda pública
<input type="checkbox"/> Se queda o vive en la habitación, apartamento o casa de un familiar	<input type="checkbox"/> Otro subsidio de vivienda en curso
<input type="checkbox"/> Propiedad de cliente, sin subsidio de Vivienda	<input type="checkbox"/> Programa de Unificación Familiar
<input type="checkbox"/> Propiedad de cliente, con subsidio de vivienda	<input type="checkbox"/> Iniciativa de Juventud de Crianza a la Independencia
<input type="checkbox"/> Otro:	

**¿SE QUEDÓ EL CLIENTE MENOS DE 90 DÍAS?**

<input type="checkbox"/> No (Saltar hasta la siguiente sección).	<input type="checkbox"/> Sí
--	-----------------------------

**TIEMPO QUE SE QUEDÓ EN INSTITUCIÓN**

<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches
<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días

**¿SE QUEDÓ EL CLIENTE MENOS DE 7 DÍAS?**

<input type="checkbox"/> No (Saltar hasta la siguiente sección).	<input type="checkbox"/> Sí
--	-----------------------------

**TIEMPO QUE SE QUEDÓ EN SITUACIÓN DE VIVIENDA**

<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches
--	---------------------------------------

**TIEMPO QUE SE QUEDÓ EN SITUACIÓN QUE LITERALMENTE CARECE DE VIVIENDA**

<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año
<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> 1 año o más

<p><b>La noche anterior, ¿se quedó el cliente en la calle, en un Albergue de Emergencia o en un Albergue de Protección (Safe Haven)?</b></p> <input type="checkbox"/> No (Saltar hasta la siguiente sección). <input type="checkbox"/> Sí
--

<p><b>EN CASO DE ESTAR LITERALMENTE SIN ALOJAMIENTO, ¿dónde vivía cuando perdió su alojamiento? (en cual localidad)</b></p>	_____
---	-------

## SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA

**\* SOLAMENTE HACER ESTA PREGUNTA A JÓVENES MENORES DE 25 AÑOS QUE COMPARTEN UNA HABITACIÓN \***

Situación que Enfrenta Falta de Vivienda	
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a ser habitable	
<input type="checkbox"/> Albergue de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado <b>con</b> vales de albergue de emergencia, o bien albergue de Casa de Huéspedes financiado por RHY	
<input type="checkbox"/> Albergue de Protección (Safe Haven)	
Situaciones Institucionales	
<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza temporal u hogar grupal de cuidado de crianza temporal	<input type="checkbox"/> Centro de cuidado a largo plazo u hogar de ancianos
<input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o bien centro de detención juvenil	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación
Situaciones de Vivienda Temporal y Permanente	
<input type="checkbox"/> Casa de proyecto residencial o de rehabilitación sin criterios de personas que enfrentan falta de vivienda	<input type="checkbox"/> Se queda o vive en la habitación, apartamento o casa de un amigo
<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado <b>sin</b> vales de albergue de emergencia	<input type="checkbox"/> Se queda o vive en la habitación, apartamento o casa de un familiar
Tendrá el cliente que abandonar su situación actual de vivienda dentro de los 14 días: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se negó	

## CASAS DE HUÉSPEDES

**\* SOLAMENTE HACER ESTA PREGUNTA A JÓVENES MENORES DE 25 AÑOS \***

¿Le interesaría participar en una casa de huéspedes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---

## EVALUACIÓN COORDINADA DE VULNERABILIDAD AL INGRESAR

¿Existen servicios de atención de salud física o mental, o medicamentos que usted cree que necesita, o que alguien más le ha sugerido, que no puede obtener por alguna razón?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Durante el pasado año, ¿ha tenido usted que abandonar un apartamento, un programa de albergue o un lugar donde se alojaba por algún motivo relacionado con su salud física?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Durante el pasado año, ¿ha tenido usted que abandonar un apartamento, un programa de albergue o un lugar donde se alojaba por algún motivo relacionado con su salud mental?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene usted alguna condición de salud grave que requiere atención médica frecuente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Durante el pasado año, ¿ha sido usted atacado o golpeado mientras enfrentaba la falta de vivienda?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cuando usted está enfermo(a) o no se siente bien, ¿evita usted buscar ayuda?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Durante el pasado año, ¿ha tenido usted que abandonar un apartamento, un programa de albergue o un lugar donde se alojaba por algún motivo relacionado con su consumo de alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Durante el pasado año, ¿ha afectado negativamente su vida el consumo de alcohol o de drogas? ¿Podría tratarse de cosas tales como tener que elegir entre alcohol o drogas y comida, problemas con amigos, familiares y/o empleador, o impacto negativo en su salud física y/o mental?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Ha enfrentado usted la discriminación como una barrera para poder obtener vivienda?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Alguna vez tuvo usted que pasar tiempo en la cárcel, prisión, un centro de detención juvenil, un centro residencial u otro centro correccional antes de cumplir 18 años?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez usted o sus hijos han estado bajo cuidado de crianza - es decir, asignados a un hogar de crianza, a un hogar de un familiar, a un hogar grupal o alguna otra asignación fuera de su propio hogar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cuando era niño(a), ¿había a menudo familiares de varias generaciones en su hogar (más de dos, tales como abuelos o nietos)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguien en su hogar necesita un respirador ( <i>ventilator</i> ), oxígeno o algún otro dispositivo médico que necesite energía?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguien en el hogar que esté embarazada o hay un niño menor de 6 años en el hogar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>EVALUADOR(A):</b> ¿Existe alguna información acerca de la vulnerabilidad de este hogar que no se haya captado en la evaluación y que deba considerarse al establecer prioridades? Si corresponde, favor de describir:	

### INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD

¿El cliente tiene una discapacidad de larga duración?	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> De Desarrollo <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas
¿El cliente tiene una discapacidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguien en el hogar tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>Si corresponde</b> , ¿alguien en el hogar está (o estuvo) inscrito en los Servicios para Servicios para Discapacidades del Desarrollo del Condado de Lane y/o tiene un(a) administrador(a) de casos a través del DDS del Condado de Lane, de Full Access, o de RCO?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>Si corresponde</b> , ¿se encuentra (o se encontraba) la persona del hogar que tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo inscrita en clases de educación especial en la escuela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

¿Cuenta el cliente con seguro médico o Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>Si no corresponde</b> , ¿le interesaría poder conectarse con personal de asistencia (Assistor) de OHP?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Da usted su consentimiento para que su información de contacto se comparta con el personal de asistencia de OHP?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### VIOLENCIA DOMÉSTICA

**\*NO DEBE hacer preguntas acerca de violencia doméstica a alguien que esté acompañado por otro adulto\***

¿Afectado por violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	<b>Alcance de Violencia Doméstica</b> <input type="checkbox"/> Durante los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Durante los últimos 6-12 meses <input type="checkbox"/> Durante los últimos 3 - 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 1 año
¿Actualmente Huye?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO