



# FORMULARIO **LIGERO DE INGRESO** HMIS DEL CONDADO DE LANE

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

Agencia	Nombre de Proyecto	Nro. de Identificación de Cliente	Fecha de Inicio en Proyecto Fecha en que se Cumplen las Condiciones
			/ /

**NOMBRE DE JEFE DE FAMILIA / HOGAR (HoH)** (nombre, inicial de segundo nombre, apellido, sufijo)

### INFORMACIÓN DE FAMILIA EXISTENTE

<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> parcial	¿Este formulario agrega cliente(s) a una familia existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, Identificación HMIS de Cliente (HoH) _____
---	---

**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.

**FECHA DE NACIMIENTO (HoH)**

No Dejar en Blanco

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

completo  aproximado o parcial

**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**

Nombre	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

**INTEGRANTES ADICIONALES DE FAMILIA / HOGAR**

Nombre	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento No dejar en Blanco	Parentesco con HoH	Raza(s) Elegir de las opciones a continuación	Hispanos Latino SÍ / NO	Género Elegir de las opciones a continuación	Veterano de las fuerzas militares SÍ / NO

**Opciones de raza:** Indio Americano, Nativo de Alaska o Indígena, Asiático o Asiático Americano, Negro, Afroamericano, o Africano, Hispano(a) / Latino(a)(x), Nativo de Hawaii u Otra de las Islas del Pacífico, Medio Oriental o Norafricano, Blanco, Cliente No sabe, Cliente Prefiere no contestar

**Opciones de género:** Mujer o Niña, Hombre o Niño, Identidad Culturalmente Específico (por ejemplo, Dos Espíritus), Género No Binario, Identidad distinta, Transgénero, Cuestionando, Cliente No Sabe, Cliente Prefiere no contestar

**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%	

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

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

<b>Residencia actual del cliente (ciudad)</b>	_____	<b>Nombre de Cliente</b> (Si es diferente del Jefe de Familia)	_____
---	-------	---	-------

**Situaciones de Falta de Vivienda**

- Lugar no destinado a ser habitable
- Albergue de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado **con** vales de albergue de emergencia, o bien albergue de Casa de Huéspedes financiado por RHY
- 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

**La noche anterior, ¿se quedó el cliente en la calle, en un Albergue de Emergencia o en un Albergue de Protección (Safe Haven)?**

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

**EN CASO DE ESTAR LITERALMENTE SIN ALOJAMIENTO,**  
¿dónde vivía cuando perdió su alojamiento? (en cual localidad)

\_\_\_\_\_

**INTEGRANTES DE LA FAMILIA CON CONDICIONES DE INCAPACIDAD**

Nombre	Discapacidad de larga duración que limita sustancialmente la capacidad del cliente para vivir por su propia cuenta
	<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
	<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
	<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