



FORMULARIO ADICIONAL 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"/> Sí	Estuvo en servicio activo en el ejército de los EE. UU.
<input type="checkbox"/> No	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"/> Sí
<input type="checkbox"/> No
En caso de que sí, ¿cuál idioma?

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

INTEGRANTE ADICIONAL DE FAMILIA

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

FECHA DE MUDANZA A VIVIENDA

(La fecha de mudanza generalmente no se conoce a la hora del ingreso. Si se conoce, debe ser ingresada en HMIS durante una evaluación a medio plazo)

/ /

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.

Residencia actual del cliente (ciudad)	_____	Nombre de Cliente (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 sin 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)?

- No (Saltar hasta la siguiente sección).
- Sí

TIEMPO QUE ENFRENTÓ FALTA DE VIVIENDA

Incluir tiempo en las calles, en albergue de emergencia y en albergue de protección.

Incluyendo este tiempo y cualquier otro episodio de estar albergado o no albergado, ¿cuál es la fecha aproximada en la que el cliente se quedó sin vivienda? (mes / día / año)	/ /
Incluyendo hoy, ¿cuál es el número de veces que el cliente ha estado en la calle, en albergue de emergencia o en albergue de protección en los últimos 3 años? (Las quedadas en institución de menos de 90 días no representan un lapso. Las quedadas de menos de 7 días en otros lugares no representan un lapso.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más
¿Cuál es el número total de meses que el cliente ha estado en la calle, en albergue de emergencia o en albergue de protección en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 o más

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

¿RECIBE ALGÚN ADULTO DE LA FAMILIA / HOGAR ACTUALMENTE INGRESOS EN EFECTIVO? SÍ NO

Los ingresos para un niño se registran como ingresos del adulto que recibe los fondos.

Origen	Cantidad	Beneficiario(s)	Origen	Cantidad	Beneficiario(s)
<input type="checkbox"/> Pensión conyugal u otro tipo de apoyo conyugal	\$		<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)	\$	
<input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo / TANF	\$		<input type="checkbox"/> Beneficios del Ingresos Social por Incapacidad (SSDI)	\$	
<input type="checkbox"/> Manutención de menores	\$		<input type="checkbox"/> Desempleo	\$	
<input type="checkbox"/> Ingresos de trabajo	\$		<input type="checkbox"/> Compensación VA por Discapacidad Relacionada con el Servicio	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión de un trabajo anterior	\$		<input type="checkbox"/> Pensión de VA por Discapacidad no Relacionada con el Servicio	\$	
<input type="checkbox"/> Jubilación del Seguro Social	\$		<input type="checkbox"/> Indemnización por accidente de trabajo	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro privado de discapacidad	\$		<input type="checkbox"/> Asistencia General	\$	
<input type="checkbox"/> Otro origen _____	\$		<input type="checkbox"/> Otro origen _____	\$	
INGRESO MENSUAL TOTAL (Registrar por separado para cada adulto).				\$	

¿RECIBE ALGÚN ADULTO DE LA FAMILIA / HOGAR ACTUALMENTE BENEFICIOS NO MONETARIOS? SÍ NO

Los ingresos para un niño se registran como ingresos del adulto que recibe los fondos.

Origen	Beneficiario(s)	Origen	Beneficiario(s)
<input type="checkbox"/> SNAP (Cupones para Alimentos)		<input type="checkbox"/> Servicios de guardería de TANF	
<input type="checkbox"/> WIC (Programa Especial De Nutrición Suplementaria Para Mujeres, Bebes Y Niños)		<input type="checkbox"/> Servicios de transporte de TANF	
<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF	

¿CUENTA ALGUIEN EN LA FAMILIA CON SEGURO MÉDICO?

SÍ NO

Origen	Beneficiario(s)	Origen	Beneficiario(s)
<input type="checkbox"/> Medicaid		<input type="checkbox"/> Seguro Médico ofrecido por empleador	
<input type="checkbox"/> Medicare		<input type="checkbox"/> Seguro médico a través de COBRA	
<input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP)		<input type="checkbox"/> Seguro de salud de pago privado	
<input type="checkbox"/> Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)		<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos	
<input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud para Nativo americanos		<input type="checkbox"/> Otro _____	

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"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> De Desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> De Desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> De Desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> De Desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> De Desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> De Desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas

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

¿HAY ALGÚN ADULTO AFECTADO POR VIOLENCIA DOMÉSTICA?

SÍ NO

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

SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA

***COMPLETAR SOLAMENTE SI EL TRAMITE INICIAL ES PARA PROMOCIÓN COMUNITARIA EN CALLES ***

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

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 con 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 sin 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	

PREGUNTAS DE BIENESTAR

***COMPLETAR SOLAMENTE SI EL TRAMITE INICIAL ES PARA UN PROYECTO CoC PSH ***

Bienestar (solamente HoH)	Muy en Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de Acuerdo	Muy de Acuerdo	No sabe	Se negó
El cliente percibe que su vida tiene valor y mérito							
El cliente percibe que cuenta con el apoyo de otras personas que escucharán sus problemas							
El cliente percibe que tiene la tendencia a recuperarse después de momentos difíciles							
	Para nada	Una vez al mes	Varias veces al mes	Varias veces a la semana	Por lo menos todos los días	No sabe	Se negó
Frecuencia del cliente de sentirse nervioso, tenso, preocupado, frustrado o asustado							