



FORMULARIO ADICIONAL DE SALIDA HMIS DEL CONDADO DE LANE

Agencia	Nombre de Proyecto	Nro. de Identificación de Cliente	Fecha de Salida
			/ /

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	Nro. HMIS de Identificación de Cliente	¿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) _____
---	--	---

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 DE LA FAMILIA / HOGAR EN LA PRESENTE SALIDA (INDICAR NOMBRES Y NÚMEROS DE CLIENTES)

NOMBRE	NÚMERO DE CLIENTE

MOTIVO (RAZÓN) DE SALIDA

<input type="checkbox"/> Se completó el programa	<input type="checkbox"/> No se pudieron satisfacer las necesidades
<input type="checkbox"/> Actividad criminal / violencia	<input type="checkbox"/> En incumplimiento con el programa
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Falta de pago del alquiler
<input type="checkbox"/> Desacuerdo con normas / persona	<input type="checkbox"/> Se alcanzó el tiempo máximo permitido
<input type="checkbox"/> Salida por oportunidad de vivienda antes de completar el programa	<input type="checkbox"/> Se desconoce / Desapareció
<input type="checkbox"/> Otra razón Explicar: _____	

DESTINO

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)	_____
Situación de 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"/> 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:			

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%	

¿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, Bebés 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

* SÓLO COMPLETAR SI SE TRATA DE PREVENCIÓN DE FALTA DE VIVIENDA O DE DESVÍO

Vivienda al Salir	<input type="checkbox"/> Capaz de mantener vivienda que tenían al ingresar al proyecto <input type="checkbox"/> Se mudó a una nueva unidad de vivienda <input type="checkbox"/> Se mudó con familiares / amigos de manera temporal <input type="checkbox"/> Se mudó con familiares / amigos de manera permanente <input type="checkbox"/> Se mudó a un centro o programa de vivienda transitoria o temporal <input type="checkbox"/> El cliente se quedó sin vivienda – se mudó a un albergue o a un lugar no destinado a ser habitable <input type="checkbox"/> El cliente fue a la cárcel / prisión <input type="checkbox"/> Cliente falleció <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó
Si capaz de mantener la vivienda al ingresar, Información de subsidio	<input type="checkbox"/> Con subsidio <input type="checkbox"/> Con el subsidio que contaban al ingresar al proyecto <input type="checkbox"/> Con subsidio en curso adquirido desde ingresar al proyecto <input type="checkbox"/> Solo con asistencia financiera que no se trata de un subsidio
Si se mudó a una nueva unidad de vivienda, Información de subsidio	<input type="checkbox"/> Con subsidio en curso <input type="checkbox"/> Sin subsidio en curso

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							