



## FORMULARIO ADICIONAL DE ACTUALIZACIÓN / REVISIÓN A MEDIO PLAZO HMIS DEL CONDADO DE LANE

| Agencia | Nombre de Proyecto | Nro. de Identificación de Cliente | Fecha de Actualización / Revisión |
|---------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|         |                    |                                   | / /                               |

### TIPO DE EVALUACIÓN

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Revisión de 30 Días | <input type="checkbox"/> Revisión de 90 Días  | <input type="checkbox"/> Revisión de 6 Meses | <input type="checkbox"/> Evaluación Anual                            |
| <input type="checkbox"/> Revisión de 60 Días | <input type="checkbox"/> Revisión de 120 Días | <input type="checkbox"/> Revisión de 9 Meses | <input type="checkbox"/> Actualización (se utiliza para añadir HMID) |

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

### INFORMACIÓN DE FAMILIA EXISTENTE

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

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE JEFE DE FAMILIA

| Nombre | Estado de vivienda | Por correo electrónico | Dirección / Domicilio | Nro. de Contacto  |
|--------|--------------------|------------------------|-----------------------|---|
|        |                    |                        |                       | <input type="checkbox"/> Teléfono Celular<br><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 ACTUALIZACIÓN (INDICAR NOMBRES Y NÚMEROS DE CLIENTES)

| NOMBRE | NÚMERO DE CLIENTE |
|--------|-------------------|
|        |                   |
|        |                   |
|        |                   |
|        |                   |
|        |                   |
|        |                   |

### FECHA DE MUDANZA A VIVIENDA

|     |
|-----|
| / / |
|-----|

## SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA

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><br>(Si es diferente del Jefe de Familia)                                   | _____ |
| <b>Situación que Enfrenta Falta de Vivienda</b>  |       |   |       |
| <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)   |       |   |       |
| <b>Situaciones Institucionales</b>   |       |   |       |
| <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   |       |
| <b>Situaciones de Vivienda Temporal y Permanente</b>   |       |   |       |
| <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)                                   |       | <input type="checkbox"/> 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                       |       |

## 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 _____  | \$       |                 |
| <b>INGRESO MENSUAL TOTAL</b><br>(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<br><input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> De Desarrollo<br><input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica<br><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas |
|        | <input type="checkbox"/> Física<br><input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> De Desarrollo<br><input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica<br><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas |
|        | <input type="checkbox"/> Física<br><input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> De Desarrollo<br><input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica<br><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas |
|        | <input type="checkbox"/> Física<br><input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> De Desarrollo<br><input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica<br><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas |
|        | <input type="checkbox"/> Física<br><input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> De Desarrollo<br><input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica<br><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Salud mental<br><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<br><input type="checkbox"/> Durante los últimos 3 - 6 meses<br><b>¿Actualmente Huye?</b> <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> Durante los últimos 6-12 meses<br><input type="checkbox"/> Más de 1 año<br><input type="checkbox"/> NO |
| Nombre | Alcance de Violencia Doméstica  |   |
|        | <input type="checkbox"/> Durante los últimos 3 meses<br><input type="checkbox"/> Durante los últimos 3 - 6 meses<br><b>¿Actualmente Huye?</b> <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> Durante los últimos 6-12 meses<br><input type="checkbox"/> Más de 1 año<br><input type="checkbox"/> NO |

## 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        | Prefiere No Contestar        |
|---|-------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------|------------------------------|
| 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     |                   |                       |                                |                                 |                                    |                |                              |
|   | <b>Para nada</b>  | <b>Una vez al mes</b> | <b>Varias veces al mes</b>     | <b>Varias veces a la semana</b> | <b>Por lo menos todos los días</b> | <b>No sabe</b> | <b>Prefiere No Contestar</b> |
| Frecuencia del cliente de sentirse nervioso, tenso, preocupado, frustrado o asustado      |                   |                       |                                |                                 |                                    |                |                              |