

Client ID: _____
 Project Name: _____
 Information Date: _____
 Staff Name: _____

HMIS Annual/Update Form

For Person in HMIS Projects: Outreach

Identificación: Todas las secciones son obligatorios a menos que se indique lo contrario

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Sufijo: _____

Número de Seguro Social (SSN): _____ - - -

Fecha de Nacimiento (DOB): _____ / _____ / _____

Fecha de Compromiso: _____ / _____ / _____

Dirección postal e información de contacto (incluye, entre otros, organizaciones de servicios, centros de acceso, refugios de emergencia, viviendas de transición, residencias de clientes)

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Email: _____

Teléfono principal: _____

Teléfono de mensaje: _____

Tipo de evaluación	<input type="checkbox"/> Durante la inscripción al programa	<input type="checkbox"/> Evaluación Anual
---------------------------	---	---

Evaluación de Bienestar

Seguro médico

Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Fuentes de seguro médico (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro médico privado | <input type="checkbox"/> Medicare |
| <input type="checkbox"/> MEDICAID | <input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Adultos |
| <input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Niños | <input type="checkbox"/> State Kaiser (Med-Cal)-Adultos |
| <input type="checkbox"/> State Kaiser (Med-Cal)-Niños | <input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos |
| <input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquín (Medi-Cal)-Niños | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal) |
| <input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (VHA) | <input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador |
| <input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Veteranos (¿Alguna vez ha servido en el Ejército de los EE. UU.? 18 y más)

Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Barreras (solo durante la inscripción al programa)

	Barrera Presente	La condición es indefinida
<input type="checkbox"/> Trastorno del Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Condición de Salud Crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Discapacidad Física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar

Sobreviviente de Violencia Doméstica				
Experiencia de violencia doméstica				
<input type="checkbox"/> Sí (<i>Responda las preguntas a continuación</i>)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
¿Cuándo ocurrió la experiencia?				
<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses	<input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses atrás (<i>excluyendo exactamente 6 meses</i>)			
<input type="checkbox"/> De 6 meses a un año (<i>excluyendo exactamente 1 año</i>)	<input type="checkbox"/> Hace un año o más			
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
En caso afirmativo, ¿estás huyendo?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Evaluación Financiera				
¿El cliente tiene alguna fuente de ingresos? (<i>En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda</i>)				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Fuente de Ingresos	Cantidad Mensual			
<input type="checkbox"/> Ingreso Ganado (salarios de empleo/en efectivo)	\$			
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	\$			
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$			
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$			
<input type="checkbox"/> Seguro Privado por Discapacidad	\$			
<input type="checkbox"/> Seguro de Compensación Laboral	\$			
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	\$			
<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA	\$			
<input type="checkbox"/> Pensión o Ingreso de Jubilación de un trabajo	\$			
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CaWorks)	\$			
<input type="checkbox"/> Asistencia General	\$			
<input type="checkbox"/> Jubilación (Seguro Social)	\$			
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	\$			
<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia	\$			
<input type="checkbox"/> Otro Ingreso	\$			
¿El cliente tiene beneficios no monetarios? (<i>En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda</i>)				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Beneficios No Montetarios	Cantidad Mensual			
<input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños	\$			
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (CalFresh/SNAP)	\$			
<input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Infantil de TANF	\$			
<input type="checkbox"/> Servicios de Transporte de TANF	\$			
<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF	\$			
<input type="checkbox"/> Otra fuente	\$			

Situación de vida actual: contacto de extensión

Record the client's current living situation information below

1. Situación de vivienda

Literalmente sin hogar

- Lugar no destinado a habitación:
 Coche/camión/furgoneta RV Otro
 Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida
 Refugio seguro

*If selection made, continue to Contact Service

Situación Institucional

- Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
 Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos
 Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
 Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación

*If selection made, continue to question 2

Vivienda Temporal

- Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar)
 Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar
 Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia
 Casa de Anfitrión (no en crisis)
 Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia
 Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo

*If selection made, continue to question 2

Vivienda Permanente

- Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso
 Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso

Tipo de subsidio:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP | <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH |
| <input type="checkbox"/> RRRH o subsidio equivalente | <input type="checkbox"/> Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado) |
| <input type="checkbox"/> Unidad de Vivienda Pública | <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso |
| <input type="checkbox"/> Vale de vivienda de emergencia | <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) |
| <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) | <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente |
| <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar | |
| <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso | |
| <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio continuo | |

*If selection made, continue to question 2

- Otro El cliente no sabe El cliente prefiere no responder

2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?

- Si (*Continue to questions 3-6*) No (*Continue to Contact Service*) El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?

- Si No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

4. ¿Tiene el cliente o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?

- Si No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

5. ¿Ha tenido el cliente un contrato de arrendamiento o propiedad sobre una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?

- Si No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

6. ¿El cliente se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?

- Si No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Registro de Contacto

Servicios de contacto (*Por favor indique el servicio proporcionado*): _____