

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

HMIS Annual/Update Form

For Person in HMIS Projects: **Outreach**

Identificación: <i>Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario</i>		
Primer Nombre: _____		Segundo Nombre: _____
Apellido: _____		Sufijo: _____
Número de Seguro Social (SSN): _____	_____-_____-_____	
Fecha de Nacimiento (DOB): _____	____/____/____	
Fecha de Compromiso: _____	____/____/____	
Dirección postal e información de contacto <i>(incluye, entre otros, organizaciones de servicios, centros de acceso, refugios de emergencia, viviendas de transición, residencias de clientes)</i>		
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		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Fuentes de seguro médico <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>		
<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 (Medi-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 <i>(¿Alguna vez ha servido en el Ejército de los EE. UU.?) 18 y más</i>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Barreras <i>(solo durante la inscripción al programa)</i>		
	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/CalWorks)	\$
<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 Monetarios	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
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a habitación: <input type="checkbox"/> Coche/camión/furgoneta <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida <input type="checkbox"/> Refugio seguro <i>*If selection made, continue to Contact Service</i>
Situación Institucional
<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación <i>*If selection made, continue to question 2</i>
Vivienda Temporal
<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Casa de Anfitrión (no en crisis) <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo <i>*If selection made, continue to question 2</i>
Vivienda Permanente
<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso Tipo de subsidio: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> RRH o subsidio equivalente <input type="checkbox"/> Unidad de Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Vale de vivienda de emergencia <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar </div> <div> <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado) <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente </div> </div> <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio continuo <i>*If selection made, continue to question 2</i>
<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?
<input type="checkbox"/> Si (<i>Continue to questions 3-6</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Continue to Contact Service</i>) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
4. ¿Tiene el cliente o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
6. ¿El cliente se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Registro de Contacto
Servicios de contacto (<i>Por favor indique el servicio proporcionado</i>): _____