

Client ID: \_\_\_\_\_  
 Project Name: \_\_\_\_\_  
 Staff Name: \_\_\_\_\_

# HMIS Intake and Enrollment Form

## CoC/ESG/State & Private Funded

For persons entering HMIS project type: Emergency Shelter

Also for persons entering CES Enrollment (reminder to collect the VI-SPDAT & Self-Sufficiency)

Clientes que regresan: ¿A dónde fuiste/te alojaste la última vez que estuviste aquí?

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

Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Apellido:	Sufijo:
Datos de calidad del nombre: ¿La cliente proporcionó su nombre completo?	
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado <input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Se reporta nombre parcial, de calle o de código <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Número de Seguro Social (SSN): _____	
<input type="checkbox"/> SSN completo reportado <input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial reportado <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Fecha de Nacimiento (DOB): _____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento aproximada o parcial reportada <input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento complete reportada <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar

### Demografía Básica - Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario

Raza y Etnicidad (Seleccione todo lo que aplique)	
<input type="checkbox"/> Indio americano, nativo de Alaska, o indígena <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Asiático o asiático-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latina/o <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico

Sexo	
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	

Estatus de veterano (¿Alguna vez ha servido en el ejército de los EE. UU.?)	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	

### 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:	_____

Nombre de Cabeza de Hogar:	_____
----------------------------	-------

Relación con la cabeza de hogar					
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Otra relación familiar					
<input type="checkbox"/> Otra no relacionada					

Fecha de Inicio del Proyecto:	_____ / _____ / _____
-------------------------------	-----------------------

<b>Evaluación de Datos Universales</b>	
<b>Condición de Discapacidad</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<b>Situación de vivienda:</b> Identifique el tipo de residencia y la duración de la estadía en esa residencia justo antes de la admisión al programa	
<b>1. ¿Cuál era la situación que vivía inmediatamente antes de ingresar al proyecto? (La noche anterior)</b>	
<b>Literalmente sin hogar</b>	
<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	
<b>Situación Institucional</b>	
<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 u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación	
<b>Vivienda Temporal</b>	
<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	
<b>Vivienda Permanente</b>	
<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	
<b>Tipo de subsidio:</b>	
<input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> RRH 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"/> Otras viviendas 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	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<b>2. ¿Duración de la estancia en la situación de vivienda anterior?</b>	
<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<b>3. Fecha aproximada en que comenzó este episodio de falta de vivienda: _____ / _____ / _____</b>	
<b>4. Independientemente de dónde se quedó anoche, ¿cuántas veces el cliente ha estado en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro en los últimos tres años, incluido el día de hoy?</b>	
<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres veces <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<b>5. Número total de meses viviendo en las calles, en refugios de emergencia, o refugio seguro en los últimos tres años</b>	
<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> 2-12 meses ( _____ meses) <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	

**Seguro Médico**

Sí (Seleccione fuente)    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 (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: _____                                   |

**Barreras (Marque todas las que correspondan)**

¿Se espera que la barrera dure mucho tiempo o sea indefinida? ¿Impide sustancialmente la disponibilidad del cliente para vivir de forma independiente? y podría mejorarse mediante la provisión de viviendas adecuadas?

	<b>Barrera Presente</b>	<b>La condición es indefinida</b>
<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	<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**

Sí (Responda las preguntas a continuación)    No    El cliente no sabe    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 (excluyendo exactamente 6 meses) |
| <input type="checkbox"/> De 6 meses a un año (excluyendo exactamente 1 año) | <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?**

Sí    No    El cliente no sabe    El cliente prefiere no contestar

### Evaluación Financiera

**¿Tiene el cliente alguna fuente de ingresos?** (En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)

Sí    No    El cliente no sabe    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	\$

**¿Tiene el cliente beneficios no monetarios?** (En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)

Sí    No    El cliente no sabe    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	\$

<b>****FOR COORDINATED ENTRY****</b>		<i>(Reminder to switch organization to Continuum of Care)</i>
Fecha de Inicio del Proyecto:	____ / ____ / ____	
<b>Evaluación de Datos Universales</b>		
<b>Condición de Discapacidad</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>Situación de vivienda:</b> <i>Identifique el tipo de residencia y la duración de la estadía en esa residencia justo antes de la admisión al programa.</i>		
<b>1. ¿Cuál era la situación que vivía inmediatamente antes de ingresar al proyecto? (La noche anterior)</b>		
<b>Literalmente sin hogar</b>		
<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 question 2, 3-5</i>		
<b>Situación Institucional</b>		
<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 1a</i>		
<b>Vivienda Temporal</b>		
<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 1b</i>		
<b>Vivienda Permanente</b>		
<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		
<b>Tipo de subsidio:</b>		
<input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH		
<input type="checkbox"/> RRH 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"/> Otras viviendas 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		
<i>*If selection made, continue to question 1b</i>		
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>1a. ¿Se quedó menos de 90 días? (*Pertains to Institutional Situation)</b>		
<input type="checkbox"/> Si ( <i>Continue to questions 2-2a</i> )		<input type="checkbox"/> No ( <i>Continue to question 2, then to Health Insurance</i> )
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe		<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<b>1b. ¿Se quedó menos de 7 noches? (*Pertains to Transitional &amp; Permanent Housing Situations)</b>		
<input type="checkbox"/> Si ( <i>Continue to questions 2-2a</i> )		<input type="checkbox"/> No ( <i>Continue to question 2, then to Health Insurance</i> )
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe		<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<b>2. ¿Duración de la estancia en la situación de vivienda anterior?</b>		
<input type="checkbox"/> Una noche o menos		<input type="checkbox"/> De dos a seis noches
<input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes		<input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días
<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año		<input type="checkbox"/> Un año o más
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe		<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar



<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<b>2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí ( <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		
<b>3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>4. ¿Tiene el cliente o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>5. ¿Ha tenido el cliente un contrato de arrendamiento o propiedad sobre una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>6. ¿El cliente se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>Contact Service Information</b>		
Record Contact ( <i>Please list the service provided</i> ): _____		
Geolocation: <input type="checkbox"/> (Reminder to check box in HMIS)		
<b>Preguntas Adicionales</b>		
<b>1a. ¿Hay violencia o conflicto en el lugar onde se quedó anoche?</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>1b. ¿Está en riesgo su salud o seguridad en el lugar donde se quedó anoche?</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>***If Yes to 1a AND 1b, continue to 1c</b>		
<b>1c. ¿Tiene otro lugar a donde ir?</b>		
<input type="checkbox"/> Si ( <i>continue to 1d</i> )		
<input type="checkbox"/> No, Special Intervention likely needed. (Comment): _____ (If DV may not be able to use HMIS)		
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe		
<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>1d. ¿Cuánto tiempo podría quedarse?</b>		
<input type="checkbox"/> Una noche o menos		<input type="checkbox"/> De dos a seis noches
<input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes		<input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días
<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año		<input type="checkbox"/> Un año o más
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe		<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<b>Prioritization Status:</b>		<input type="checkbox"/> Placed on prioritization list <input type="checkbox"/> Not placed on prioritization list
<b>Assessment-VI-SPDAT (Enter completed VI-SPDAT into HMIS)</b>		