

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

HMIS Universal Exit Form*For all projects except: SSVF, RHY, OUTREACH***Identificación:** *Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario***Primer Nombre:** _____ **Segundo Nombre:** _____**Apellido:** _____ **Sufijo:** _____**Project Exit Date:** ____/____/____**Social Security Number (SSN):** ____-____-____**Birth Date (DOB):** ____/____/____**Salidas de Proyectos** *(Enumere todos los nombres de proyectos por los que sale el cliente a continuación)*☐ Entrada Coordinada ☐ Nombre del proyecto: _____ ☐ Nombre del proyecto: _____**Destinos****Situaciones 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**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**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 con la familia, tenencia temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa)☐ Quedarse o vivir con amigos, tenencia temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa)☐ Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA TH**Vivienda Permanente**☐ Quedarse o vivir con la familia, tenencia permanente☐ Quedarse o vivir con amigos, tenencia permanente☐ Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA PH☐ Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso☐ Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso**Tipo de subsidio:**☐ Subsidio de vivienda GPD TIP☐ Subsidio de vivienda VASH☐ RRH o subsidio equivalente☐ Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado)☐ Unidad de Vivienda Pública☐ Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso☐ Vale de vivienda de emergencia☐ Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP)☐ Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI)☐ Vivienda de apoyo permanente☐ Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso☐ Propiedad del cliente, sin subsidio continuo☐ Entrevista de salida no completada☐ Otro: _____☐ Fallecido☐ El cliente no sabe☐ El cliente prefiere no contestar**Seguro Médico**☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar**Fuentes de Seguro Médico** *(Marque todo lo que corresponda)*☐ Seguro médico privado☐ Medicare☐ MEDICAID☐ Health Net (Medi-Cal)-Adultos☐ Health Net (Medi-Cal)-Niños☐ State Kaiser (Medi-Cal)-Adultos☐ State Kaiser (Medi-Cal)-Niños☐ Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos☐ Health Plan of San Joaquín (Medi-Cal)-Niños☐ Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal)☐ Administración de Salud de Veteranos (VHA)☐ Seguro médico proporcionado por el empleador☐ Seguro obtenido a través de COBRA☐ Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal)☐ Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS)☐ Otro: _____

Barreras-All programs except SSVF (Check all that apply)		
	Barrera Presente	La condición es indefinida
☐ Trastorno del Alcohol	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar
☐ Condición de Salud Crónica	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar
☐ Discapacidad del desarrollo	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	
☐ Trastorno por consumo de drogas	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar
☐ VIH/SIDA	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	
☐ Trastorno de salud mental	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar
☐ Discapacidad Física	☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	☐ 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	
☐ Ingreso Ganado (salarios de empleo/en efectivo)	\$	
☐ Seguro de Desempleo	\$	
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	
☐ Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	
☐ Seguro Privado por Discapacidad	\$	
☐ Seguro de Compensación Laboral	\$	
☐ Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	\$	
☐ Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA	\$	
☐ Pensión o Ingreso de Jubilación de un trabajo	\$	
☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWorks)	\$	
☐ Asistencia General	\$	
☐ Jubilación (Seguro Social)	\$	
☐ Manutención infantil	\$	
☐ Pensión Alimenticia	\$	
☐ 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 Monetarios	Cantidad Mensual	
☐ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños	\$	
☐ Programa de asistencia nutricional suplementaria (CalFresh/SNAP)	\$	
☐ Servicios de Cuidado Infantil de TANF	\$	
☐ Servicios de Transporte de TANF	\$	
☐ Otros servicios financiados por TANF	\$	
☐ Otra fuente	\$	

Situación de Vivienda Actual: <i>Record the client's current living situation information below (FOR SSO & CES ONLY)</i>	
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 <i>*If selection made, continue to Contact Service</i>	
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 <i>*If selection made, continue to question 2</i>	
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 ☐ 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 <i>*If selection made, continue to question 2</i>	
Vivienda Permanente	
☐ Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso ☐ Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso Tipo de subsidio: ☐ Subsidio de vivienda GPD TIP ☐ Subsidio de vivienda VASH ☐ RRH o subsidio equivalente ☐ Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado) ☐ Unidad de Vivienda Pública ☐ Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso ☐ Vale de vivienda de emergencia ☐ Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) ☐ Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) ☐ Vivienda de apoyo permanente ☐ Otra vivienda permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar ☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso ☐ Propiedad del cliente, sin subsidio continuo <i>*If selection made, continue to question 2</i>	
☐ Otro: _____ ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	
2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?	
☐ Sí (<i>Continue to questions 3-6</i>) ☐ No (<i>Continue to Contact Service</i>) ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	
3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?	
☐ Sí ☐ 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?	
☐ Sí ☐ 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?	
☐ Sí ☐ 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?	
☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar	
Registro de Contacto	
Servicio de contacto (Por favor indique el servicio proporcionado): _____	

Evaluación de Vivienda a la Salida (HP ONLY)

- ☐ Capaz de mantener la vivienda que tenían en el proyecto. *(Answer options below)*
 - ☐ Sin subsidio
 - ☐ Con el subsidio que tenían al entrar al proyecto
 - ☐ Con el subsidio en curso adquirida desde la entrada del proyecto
 - ☐ Sólo con ayuda financiera
- ☐ Se mudó a una nueva unidad de vivienda *(Answer options below)*
 - ☐ Con subsidio en curso
 - ☐ Sin subsidio en curso
- ☐ Se mudó con familiares/amigos de forma temporal
- ☐ Se mudó con familiares/amigos de forma permanente
- ☐ Se mudó a una instalación o programa de vivienda de transición o temporal
- ☐ El cliente se quedó sin hogar y se mudó a un refugio u otro lugar no apto para la habitación humana
- ☐ El cliente fue a la cárcel/prisión
- ☐ Fallecido
- ☐ El cliente no sabe
- ☐ El cliente prefiere no contestar