

Evaluación interina- Realojamiento rápido¹, Vivienda de apoyo permanente del Depto. HUD de ayuda a veteranos², Otros proyectos de vivienda permanente³

Este formulario debe usarse para Proyectos de vivienda de realojamiento rápido, Vivienda de apoyo permanente financiada por Depto. HUD de ayuda a veteranos y Otros proyectos de vivienda permanente por cada cliente. (Niños págs. 1-2; todo adulto págs. 1-3; jefe de familia págs. 1-4)

RESPUESTA POR TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

FECHA DE EVALUACIÓN INTERINA								
		/			/			
Mes			Día			Año		

TIPO DE LAPSO INTERINO	
<input type="checkbox"/> Actualización	<input type="checkbox"/> Evaluación anual

NOMBRE DEL CLIENTE

IDENTIFICACIÓN CLIENTE HMIS - Solo para usuarios HMIS								

Estatus de discapacidad - ¿Tiene alguna discapacidad?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Responda 'Sí' o 'No' (en casilla) por cada tipo de discapacidad.
 Solo seleccione "Sí" en caso de que se espere que tal discapacidad sea de larga duración e indefinida y que limite significativamente su capacidad para vivir independientemente
 Solo para uso de oficina HMIS: Si el cliente identifica con "Sí" algún tipo de discapacidad, marcar "Sí" en sección *Determinación de discapacidad y de larga e indefinida duración*. La fecha de inicio del tipo de discapacidad será la fecha de inicio del proyecto.

Tipo de discapacidad	Sí	No
Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición médica crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seguro médico – ¿Actualmente tiene cobertura de seguro médico?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Responda "Sí" o "No" por cada fuente de seguro médico.
 Responda "Sí" por cualquier fuente de la que ahora esté recibiendo servicio.
 Responda "No" por fuentes que hayan sido dadas por terminado, aún si antes las recibía.
 Solo para uso de oficina HMIS: En caso de que el cliente identifique con "Sí" a cualquier tipo de aseguradora médica, la fecha de inicio del tipo de tal aseguradora será la fecha de inicio del proyecto.

Tipo de seguro médico	Sí	No
Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa estatal de seguro médico infantil (o NC Health Choice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de Salud para Veteranos (VHA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico de empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico plan COBRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Rapid Re-Housing, RRH
² HUD Veterans Affairs Supportive Housing, HUD VASH Permanent Supporting Housing, PSH
³ Other Permanent Housing, OPH

Seguro médico estatal para adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de salud para nativos americanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De responder "Sí", especificar fuente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condado de servicio en NC ¿En cuál condado de NC recibe los servicios de este proyecto?	
---	--

RESPUESTA A ESTAS PREGUNTAS POR CADA JEFE DE FAMILIA Y OTROS ADULTOS

Fecha de mudanza a vivienda			/			/			
	Mes			Día			Año		

Ingresos y fuentes de recursos - ¿Actualmente tiene ingresos de alguna fuente?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Para completar la tabla de abajo, debe responder "Sí" o "No" por cada fuente de ingreso mensual. Responda "Sí" solamente si la fuente de recursos es actual y ha sido recibida a la fecha de hoy (p.ej., no se ha dado por terminada). Los ingresos por hijos (excepto ingresos ganados) pueden incluirse bajo información del jefe de familia. Responda "No" por fuentes dadas por terminado, aún si antes las recibía.
Si la respuesta a la fuente de ingresos es "Sí", anote la cantidad en la sección sombreada de abajo.
 Solo para uso de oficina HMIS: En caso de que el cliente identifique "Sí" a cualquier tipo de fuente de ingresos, la fecha de inicio de tal fuente será la fecha de inicio del proyecto.

Fuente de ingresos	Sí	No	De responder "Sí", cantidad mensual de ingresos (redondear a la cifra próxima)
Ingresos ganados (p.ej., ingresos por empleo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguro por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguro de ingreso suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguro social por discapacidad (SSDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios a veteranos - compensación por discapacidad relacionada con servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios a veteranos - pensión por discapacidad no relacionada con servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguro privado por discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Compensación al trabajador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Asistencia general (GA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos por retiro, del seguro social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos por retiro o pensión de empleo anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Manutención infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Manutención alimenticia u otro apoyo conyugal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otras fuentes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Total de ingresos mensuales de todas las fuentes			\$

Beneficios sin dinero en efectivo - ¿Tiene beneficios sin dinero en efectivo de alguna fuente?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Para completar la tabla de abajo, debe responder "Sí" o "No" por cada beneficio sin dinero en efectivo. Responda "Sí" solo si el beneficio sin dinero en efectivo es actual y ha sido recibido a la fecha de hoy (p.ej., no se ha dado por terminado). Responda "No" por beneficios sin dinero en efectivo dados por terminado, aún si antes los recibía.
Si la respuesta a beneficios sin dinero en efectivo es "Sí", llene la sección sombreada de abajo.
 Solo para uso de oficina HMIS: Si el cliente identifica con "Sí" algún tipo de beneficios sin dinero en efectivo, la fecha de inicio tales beneficios será la fecha de inicio del proyecto.

Fuente de beneficios sin dinero en efectivo	Sí	No	De responder "Sí", anotar la cantidad mensual de la fuente (redondear a la cifra próxima)
Programa de asistencia suplementaria de nutrición (SNAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios infantiles de asistencia temporal para familias necesitadas, TANF (o el nombre local)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios de transporte TANF (o el nombre local)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otros servicios TANF (o el nombre local)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otras fuentes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Violencia doméstica - ¿Es sobreviviente de violencia doméstica?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados



De responder "Sí" ¿cuándo ocurrió?	
<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Hace tres o seis meses (excluyendo seis meses exactos)	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Hace seis meses o un año (excluyendo un año exacto)	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados
<input type="checkbox"/> Hace más de un año	



De responder "Sí", ¿En estos momentos, está huyendo?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

RESPUESTA A ESTAS PREGUNTAS SOLO POR EL JEFE DE FAMILIA

Caso de entrada coordinada - Solo para uso de oficina HMIS		
Fecha de inicio / Fecha del caso		
Caso		
Acceso a casos	<input type="checkbox"/> Remisión a proyecto de asistencia preventiva Intervención o servicio de resolución de problemas/desviación/realojamiento rápido	→ Ir al apartado A
	<input type="checkbox"/> Remisión a necesidad de evaluación de crisis calendarizada en entrada coordinada <input type="checkbox"/> Remisión a necesidad de evaluación de vivienda calendarizada en entrada coordinada	→ Ir al apartado B
	<input type="checkbox"/> Remisión a administración de casos de colocación posterior/seguimiento <input type="checkbox"/> Remisión a proyecto o servicios de alcance comunitario en calles <input type="checkbox"/> Remisión a proyecto o servicios de navegación del sistema de vivienda <input type="checkbox"/> Remisión a servicios que no son de continuidad: Incumplimiento de requisitos para servicios de continuidad <input type="checkbox"/> Remisión a servicios que no son de continuidad: Disponibilidad de servicios de continuidad <input type="checkbox"/> Remisión a apertura de espacio en albergue de emergencia <input type="checkbox"/> Remisión a apertura de espacio/unidad en vivienda de transición <input type="checkbox"/> Remisión a apertura de proyecto/unidad/recurso unificado de vivienda transitoria/realojamiento rápido <input type="checkbox"/> Remisión a apertura de recurso de realojamiento rápido <input type="checkbox"/> Remisión a apertura de recurso de vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Remisión a apertura de otro proyecto/unidad/recurso de vivienda <input type="checkbox"/> Remisión a asistencia de emergencia/fondos flexibles/asistencia de muebles <input type="checkbox"/> Remisión a servicios de vales para estabilidad de vivienda	→ Ir al apartado C

Si la respuesta para 'Caso' fue 'Intervención o servicio de resolución de problemas/desviación/realojamiento rápido', contestar el apartado A:														
A. Resultado de intervención o servicio de resolución de problemas/desviación/realojamiento rápido - ¿El cliente ha sido alojado/realojado en alternativa segura?					<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No							
Si la respuesta para 'Caso' fue 'Remisión a administración de casos de colocación posterior/seguimiento', contestar el apartado B:														
B. Resultado de remisión a administración de casos de colocación posterior/seguimiento' - ¿El cliente ha inscrito en proyecto de atención posterior?					<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No							
Si la respuesta para 'Caso' fue remisión a albergue de emergencia, vivienda transitoria, proyecto unificado de vivienda transitoria/realojamiento rápido, realojamiento rápido, vivienda de apoyo permanente o apertura de otros proyectos de vivienda, contestar los apartados C-E:														
C. Localidad de remisión a vivienda por crisis o vivienda permanente (nombre o identificación del proyecto)														
D. Resultado de remisiones (de aplicarse)					<input type="checkbox"/> Cliente fue aceptado		<input type="checkbox"/> Cliente fue rechazado		<input type="checkbox"/> Proveedor fue rechazado					
E. Fecha del resultado (de aplicarse)							/			/				