

Evaluación de salida del proyecto- Continuidad de atención¹ Vivienda de apoyo permanente²

Este formulario debe usarse por cada cliente que salga de Proyectos de vivienda de apoyo permanente. (Niños págs. 1-3; todo adulto págs. 1-4; jefe de familia págs. 1-5)

RESPUESTA POR TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

FECHA DE SALIDA DEL PROYECTO							
		/			/		
Mes			Día			Año	

NOMBRE DEL CLIENTE

IDENTIFICACIÓN CLIENTE HMIS - Solo para usuarios HMIS							

Motivo de retiro – ¿Por qué se retira del proyecto el cliente?			
Requisito para NC-502 Durham; recomendado para Estado de Equilibrio NC-503 y NC-513 Condado Orange			
<input type="checkbox"/> Alojamiento exitoso en vivienda (por el programa)	<input type="checkbox"/> Mudanza fuera del área de servicio	<input type="checkbox"/> Ya no es elegible	
<input type="checkbox"/> Alojamiento exitoso en vivienda (auto resuelto)	<input type="checkbox"/> Ya no necesita los servicios	<input type="checkbox"/> Desacuerdo/incumplimiento	
<input type="checkbox"/> Remitido con éxito a otro proveedor	<input type="checkbox"/> Ya no quiere los servicios	<input type="checkbox"/> Inquietudes/riesgos de seguridad	
<input type="checkbox"/> Ya no está disponible el programa/servicio (si se dependía o no del mismo, finalizó)	<input type="checkbox"/> Acuerdo mutuo de salida del programa	<input type="checkbox"/> Se desconoce/desapareció	
<input type="checkbox"/> Se va a una institución	<input type="checkbox"/> Se llegó al tiempo máximo permitido	<input type="checkbox"/> Fallecimiento	

Destino - ¿Dónde se quedará/dormirá el cliente después de salir del proyecto?	
Carencia de vivienda	<input type="checkbox"/> Sitio no ideado para ser habitado (p. ej., vehículo, inmueble abandonado, estación de camiones/tranvías/trenes/aeropuerto o cualquier sitio exterior)
	<input type="checkbox"/> Albergue de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado <i>con vale</i> para refugio de emergencia, o albergue/casa de hospedaje financiada por el programa para jóvenes fugitivos y sin vivienda
Vivienda institucional	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida u hogar grupal de acogida
	<input type="checkbox"/> Hospital u otro inmueble médico residencial que no sea de psiquiatría
	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o inmueble de detención juvenil
	<input type="checkbox"/> Centro de cuidados a largo plazo o en hogar para ancianos
	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro inmueble de psiquiatría
	<input type="checkbox"/> Inmueble para tratamiento por abuso de sustancias, o centro de desintoxicación
Vivienda temporal	<input type="checkbox"/> Vivienda transitoria para personas sintecho (incluyendo jóvenes sin vivienda)
	<input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición, sin criterios para personas sin vivienda
	<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado <i>sin un vale</i> para albergue de emergencia
	<input type="checkbox"/> Casa de hospedaje (no para casos de crisis)
	<input type="checkbox"/> Estancia o viviendo con familiares, temporalmente (p. ej., en cuarto, departamento o casa)
	<input type="checkbox"/> Estancia o viviendo con amigos, temporalmente (p. ej., en cuarto, departamento o casa)
	<input type="checkbox"/> Se cambió de un proyecto financiado por el programa de Oportunidades de vivienda para personas con SIDA ³ a un programa de Vivienda Temporal de HOPWA
Vivienda permanente	<input type="checkbox"/> Estancia o viviendo con familiares, permanentemente
	<input type="checkbox"/> Estancia o viviendo con amigos, permanentemente

¹ Continuum of Care, CoC

² Permanent Supportive Housing, PSH

³ Housing Opportunities for Persons With AIDS, HOPWA

	<input type="checkbox"/> Se cambió de un proyecto financiado por el programa de Oportunidades de vivienda para personas con SIDA a un programa de Vivienda Permanente de <i>HOPWA</i>
	<input type="checkbox"/> Renta por cuenta del cliente, sin subsidio continuo para vivienda
	<input type="checkbox"/> Renta por cuenta del cliente, con otro subsidio continuo para vivienda (especificar)
	<input type="checkbox"/> Subvención diaria para vivienda de transición (<i>GPD TIP</i>)
	<input type="checkbox"/> Subsidio para vivienda de apoyo a veteranos (<i>VASH</i>)
	<input type="checkbox"/> Subsidio para realojamiento rápido (<i>RRH</i>), o su equivalente
	<input type="checkbox"/> Vales electivos para vivienda (<i>HCV</i>)
<input type="checkbox"/> Unidades de vivienda pública	
<input type="checkbox"/> Renta por cuenta del cliente, con otro subsidio continuo para vivienda	
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio continuo para vivienda	
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio continuo para vivienda	
Otra vivienda	<input type="checkbox"/> No se completó una entrevista de salida
	<input type="checkbox"/> Otra (especificar)
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento
	<input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados
Notas de salida – Detalles del motivo o destino	

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 <i>Determinación de discapacidad y de larga e indefinida duración</i> . 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	<input type="checkbox"/> Datos no

			responder	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"/>
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

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 ingresos 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 que hayan sido dadas por terminado, aún si antes las recibía.

Si la respuesta a la fuente de ingresos es “Sí”, anote la cantidad en las secciones sombreadas 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.

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"/>	\$

Estatus de salud en general							
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente se rehusó	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

RESPUESTA A ESTAS PREGUNTAS SOLO POR EL JEFE DE FAMILIA

Caso de entrada coordinada- Solo para el personal										
Fecha de inicio / Fecha del caso										
Caso										
Acceso a casos	<input type="checkbox"/> Remisión a proyecto de asistencia preventiva							→ Ir al apartado A		
	<input type="checkbox"/> Intervención o servicio de resolución de problemas/desviación/realojamiento rápido									
	<input type="checkbox"/> Remisión a necesidad de evaluación de crisis calendarizada en entrada coordinada							→ Ir al apartado B		
<input type="checkbox"/> Remisión a necesidad de evaluación de vivienda calendarizada en entrada coordinada										
<input type="checkbox"/> Remisión a necesidad de evaluación de vivienda calendarizada en entrada coordinada										
Casos de remisión	<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: Indisponibilidad de servicios de continuidad									
	<input type="checkbox"/> Remisión a apertura de espacio en albergue de emergencia							→ Ir al apartado C		
	<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								
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 se 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 u otra apertura de proyecto 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 la remisión (de conocerse)	<input type="checkbox"/> Cliente fue aceptado		<input type="checkbox"/> Cliente fue rechazado		<input type="checkbox"/> Proveedor fue rechazado			
E.	Fecha del resultado (de conocerse)			/			/		

Tareas de mudanza provistas con asistencia									
Fecha de tareas de mudanza provistas con asistencia									
			/			/			
Caso									
<input type="checkbox"/> Solicitud de asistencia para subsidio de vivienda									
<input type="checkbox"/> Asistencia económica para tareas de mudanza (p. ej., depósito de garantía, costos de mudanza)									
<input type="checkbox"/> Asistencia no monetaria para tareas de mudanza (p. ej., servicios de navegación del sistema de vivienda, apoyo de transición)									
<input type="checkbox"/> Remisión/colocación a servicios de vivienda									
<input type="checkbox"/> Otra forma (especificar)									