

Evaluación interina - Uso exclusivo de servicios de apoyo¹, Entrada coordinada²

Este formulario debe utilizarse en Uso exclusivo de servicios de apoyo y Proyectos de vivienda de entrada coordinada por cada cliente. (Niños págs. 1-2; otros adultos págs. 1-4; jefe de familia págs. 1-5)

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 selección "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"/>
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"/>

¹ Supportive Services Only, SSO

² Coordinated Entry, CE

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 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, <i>TANF (o el nombre local)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios de transporte <i>TANF (o el nombre local)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otros servicios <i>TANF (o el nombre local)</i>	<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

Situación actual de vida									
¿Cuándo ocurrió este contacto con usted?									
				/			/		

Tipo de situación actual de vida - ¿Dónde vivía durante el tiempo de este contacto?	
De tratarse de una respuesta de situación de vivienda institucional, temporal o permanente, las preguntas de seguimiento aparecen a continuación.	

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 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	
Vivienda temporal	<input type="checkbox"/> Inmueble para tratamiento por abuso de sustancias, o centro de desintoxicación	
	<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"/> Vivienda transitoria para personas sintecho (incluyendo jóvenes sin vivienda)	
	<input type="checkbox"/> Casa de hospedaje (no para casos de crisis)	
	<input type="checkbox"/> Estancia o viviendo en cuarto, departamento o casa de amigos	
Vivienda permanente	<input type="checkbox"/> Estancia o viviendo en cuarto, departamento o casa de familiares	
	<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"/> Vale para estabilidad de vivienda
	<input type="checkbox"/> Subsidio para vivienda de apoyo a veteranos (<i>VASH</i>)	<input type="checkbox"/> Programa de vales para reunificación familiar (<i>FUP</i>)
	<input type="checkbox"/> Subsidio para realojamiento rápido (<i>RRH</i>), o su equivalente	<input type="checkbox"/> Iniciativa de independencia para jóvenes de acogida (<i>FYI</i>)
	<input type="checkbox"/> Vales electivos para vivienda (<i>HCV</i>)	<input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente (<i>PSH</i>)
	<input type="checkbox"/> Unidades de vivienda pública	<input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente dedicada a personas sin casa en el pasado
	<input type="checkbox"/> Renta por cuenta del cliente, con otro subsidio continuo para vivienda	
	<input type="checkbox"/>	

	<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"/> Otra (especificar)
	<input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados
Situación de vida verificada por:	
Nombre de agencia verificadora y del proyecto	

De tratarse de vivienda institucional, temporal o permanente, ¿tendrá que dejar su situación actual de vida en los próximos 14 días?				
<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" a "¿tendrá que dejar su situación actual de vida en los próximos 14 días?"				
Responda todo	¿Se ha identificado un sitio de vivienda subsecuente?			
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
	¿Usted o su familia tienen recursos o redes de apoyo para obtener vivienda permanente?			
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
	¿Ha tenido un contrato de arrendamiento o interés en poseer una vivienda permanente en los últimos 60 días?			
<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
¿Se ha mudado más de dos veces en los últimos 60 días?				
<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

Situación actual de vida - detalles de ubicación

RESPUESTA DE JEFE DE FAMILIA SOLAMENTE

Evaluación de entrada coordinada - Solo para uso de oficina HMIS										
Fecha de la evaluación							/			/
Localidad de la evaluación										
Continuidad de atención en condado Orange (CoC)	<input type="checkbox"/> Fondo de empoderamiento comunitario (CEF)									
	<input type="checkbox"/> Línea de ayuda para vivienda									
	<input type="checkbox"/> Enlace HomeLink									
	<input type="checkbox"/> Comités interreligiosos para servicios sociales									
	<input type="checkbox"/> Cárcel									
	<input type="checkbox"/> Consultorio médico									
	<input type="checkbox"/> Alcance comunitario									
Continuidad de atención, Estado de equilibrio (BoS CoC)	<input type="checkbox"/> Albergue/refugio									
	<input type="checkbox"/> Región 1				<input type="checkbox"/> Región 8					
	<input type="checkbox"/> Región 2				<input type="checkbox"/> Región 9					
	<input type="checkbox"/> Región 3				<input type="checkbox"/> Región 10					
	<input type="checkbox"/> Región 4				<input type="checkbox"/> Región 11					

	<input type="checkbox"/> Región 5	<input type="checkbox"/> Región 12
	<input type="checkbox"/> Región 6	<input type="checkbox"/> Región 13
	<input type="checkbox"/> Región 7	
Durham	<input type="checkbox"/> Continuidad de atención, Durham	
Tipo de evaluación		<input type="checkbox"/> Telefónica
		<input type="checkbox"/> Presencial
		<input type="checkbox"/> Virtual, por Internet
Nivel de evaluación		<input type="checkbox"/> Necesidad de evaluación de crisis
		<input type="checkbox"/> Necesidad de evaluación de vivienda
Estatus de prioridad		<input type="checkbox"/> Colocación en lista de prioridad
		<input type="checkbox"/> Sin colocación en lista de prioridad

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											→ Ir al apartado A	
	<input type="checkbox"/> 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												
Casos de remisión	<input type="checkbox"/> Remisión a administración de casos de colocación posterior/seguimiento											→ Ir al apartado C	
	<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													
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 y apertura de otros proyectos de vivienda permanente, 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				
E. Fecha del resultado (de conocerse)			/								