

Evaluación de inicio de proyecto- Continuidad de atención¹, Vivienda de apoyo permanente²

Este formulario debe usarse para Proyectos de vivienda de apoyo permanente por cada cliente.
(Niños págs. 1-2; todo adulto págs. 1-7; jefe de familia págs. 1-8)

Respuesta por todos los integrantes del hogar

Fecha de inicio de proyecto							
		/			/		
Mes		Día		Año			

Identificación cliente HMIS - Solo para usuarios HMIS							

Nombre - (Primer, segundo, apellido, sufijo)	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Apellido	
Sufijo (p.ej. Jr. Sr/a., III)	

Calidad de datos en nombre
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado
<input type="checkbox"/> Nombre de calle o código parciales
<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Número de seguro social	Estatus en calidad de datos				
	<input type="checkbox"/> Reportados por completo	<input type="checkbox"/> Aproximados o parcialmente reportados	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Estatus de veterano				
<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

Fecha de nacimiento (p. ej., 10/23/1978)	Estatus en calidad de datos				
	<input type="checkbox"/> Reportados por completo	<input type="checkbox"/> Aproximados o parcialmente reportados	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Género - Seleccione una o más identidades de género	
<input type="checkbox"/> Mujer (niña, de ser una menor)	<input type="checkbox"/> Cuestionándose
<input type="checkbox"/> Hombre (niño, de ser un menor)	<input type="checkbox"/> Identidad diferente (especificar)
<input type="checkbox"/> Identidad cultural específica (p. ej., de doble espíritu)	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Raza y etnicidad Seleccione una o más categorías de raza y etnia	
<input type="checkbox"/> Indio americana, nativo de Alaska o indígena	<input type="checkbox"/> Blanca
<input type="checkbox"/> Asiática o asiática americana	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Negra, afroamericana o africana	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Hispana/latina	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados
<input type="checkbox"/> Oriente medio o norafricana	Detalle adicional de raza y etnicidad :
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacífico	

¹ Continuum of Care, CoC
² Permanent Supportive Housing, PSH

Parentesco con el jefe de familia	
<input type="checkbox"/> Yo mismo/a (jefe de familia)	<input type="checkbox"/> Integrante de otro parentesco con jefe de familia (parentesco distinto con jefe de familia)
<input type="checkbox"/> Hijo/a de jefe de familia	
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja de jefe de familia	
<input type="checkbox"/> Otro: integrante sin parentesco	

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 <i>NC Health Choice</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de Salud para Veteranos (<i>VHA</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico de empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico plan <i>COBRA</i>	<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?	
---	--

¿Cuál es el código postal de su última dirección permanente? (de conocerse)	
---	--

Respuesta a estas preguntas por cada jefe de familia y otros adultos

Localidad de inscripción– ¿En cuál sitio de continuidad de atención se quedaba el jefe de familia al entrar al proyecto?			
<input type="checkbox"/> NC 502- Ciudad y Condado Durham	<input type="checkbox"/> NC 503- Estado de Equilibrio de NC	<input type="checkbox"/> NC 513- Chapel Hill/Condado Orange	<input type="checkbox"/> Otro:

Historial de carencia de vivienda – Seleccione un tipo de situación de vida. Siga las flechas e instrucciones en rojo para completar las otras secciones

Sección 1: Tipo de situación anterior de vida- ¿Dónde vivía hasta antes de su entrada a este proyecto?

Carencia de vivienda	Vivienda institucional	Vivienda temporal												
<input type="checkbox"/> Sitio no ideado para ser habitado (p. ej., vehículo, inmueble abandonado, estación de camiones/aeropuerto o cualquier sitio exterior)	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida u hogar grupal de acogida	<input type="checkbox"/> Vivienda transitoria para personas sintecho (incluyendo jóvenes sin vivienda)												
<input type="checkbox"/> Albergue de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con vale para albergue de emergencia, o albergue/refugio	<input type="checkbox"/> Hospital u otro inmueble médico residencial que no sea de psiquiatría	<input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición, sin criterios para personas sin vivienda												
<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o inmueble de detención juvenil	<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado <i>sin</i> un vale para albergue de emergencia												
<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Centro de cuidados a largo plazo o en hogar para ancianos	<input type="checkbox"/> Casa de hospedaje (no para casos de crisis)												
<input type="checkbox"/> Datos no recolectados	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro inmueble de psiquiatría	<input type="checkbox"/> Estancia o viviendo en cuarto, departamento o casa de amigos												
<input type="checkbox"/> Datos no recolectados	<input type="checkbox"/> Inmueble para tratamiento por abuso de sustancias, o centro de desintoxicación	<input type="checkbox"/> Estancia o viviendo en cuarto, departamento o casa de familiares												
<input type="checkbox"/> Datos no recolectados	<input type="checkbox"/> No sabe	Vivienda permanente												
<input type="checkbox"/> Datos no recolectados	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Renta por cuenta del cliente, sin subsidio continuo para vivienda												
<input type="checkbox"/> Datos no recolectados	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados	<input type="checkbox"/> Renta por cuenta del cliente, con otro subsidio continuo para vivienda (especificar)												
		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Subvención diaria para vivienda de transición (<i>GDP TIP</i>)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Vale para estabilidad de vivienda</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Subsidio para vivienda de apoyo a veteranos (<i>VASH</i>)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Programa de vales para reunificación familiar (<i>FUP</i>)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Subsidio para realojamiento rápido (<i>RRH</i>), o su equivalente</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Iniciativa de independencia para jóvenes de acogida (<i>FYI</i>)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Vales electivos para vivienda (<i>HCV</i>)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente (<i>PSH</i>)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Unidades de vivienda pública</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente dedicada a personas sin casa en el pasado</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Renta por cuenta del cliente, con otro subsidio continuo para vivienda</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Subvención diaria para vivienda de transición (<i>GDP 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"/> Subvención diaria para vivienda de transición (<i>GDP 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"/> Propiedad del cliente, sin subsidio continuo para vivienda												
		<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio continuo para vivienda												
		<input type="checkbox"/> No sabe												
		<input type="checkbox"/> Prefiere no responder												

		<input type="checkbox"/> Datos no recolectados
		↓

Sección 2: Duración de estancia en situación anterior de vida- ¿Cuánto tiempo permaneció en ese sitio?

En caso de responder en los espacios sombreados, ir a la Sección 3; el resto debe ir a la sección de ingresos y fuentes de recursos

<input type="checkbox"/> Menos de una noche	<input type="checkbox"/> Menos de una noche	<input type="checkbox"/> Menos de una noche
<input type="checkbox"/> De 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> De 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> De 2 a 6 noches
<input type="checkbox"/> Más de una semana, pero menos de un mes	<input type="checkbox"/> Más de una semana, pero menos de un mes	<input type="checkbox"/> Más de una semana, pero menos de un mes
<input type="checkbox"/> Más de un mes, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> Más de un mes, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> Más de un mes, pero menos de 90 días
<input type="checkbox"/> Más de 90 días, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> Más de 90 días, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> Más de 90 días, pero menos de un año
<input type="checkbox"/> Más de un año	<input type="checkbox"/> Más de un año	<input type="checkbox"/> Más de un año
<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Datos no recolectados	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Sección 3: Entrada a situación de carencia de vivienda

La noche anterior de su entrada a situación de vida, ¿el cliente se quedó en las calles o en albergue de emergencia?

En caso de responder en los espacios sombreados, ir a Sección 4; el resto debe ir a la sección de ingresos y fuentes de recursos

Ir a Sección 4	<input type="checkbox"/> Sí [Ir a Sección 4]	<input type="checkbox"/> Sí [Ir a Sección 4]
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados



Sección 4- Para completar esta sección, responda las tres preguntas siguientes

Fecha aproximada de inicio de carencia de vivienda

		/			/				
Mes			Día			Año			

Sin importar el sitio donde se quedó anoche, en los últimos 3 años, incluyendo hoy, ¿cuántas veces ha carecido de vivienda quedándose en las calles o en albergue de emergencia?

<input type="checkbox"/> Una vez (seleccione si es la primera vez que ha carecido de vivienda en los últimos 3 años)	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados
<input type="checkbox"/> Más de cuatro veces	

¿Cuántos meses, en los últimos 3 años, ha carecido de vivienda, quedándose en las calles o en albergue de emergencia?

<input type="checkbox"/> Menos de un mes (seleccione si es la primera vez que ha carecido de vivienda en los últimos 3 años)	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Entre 2 y 12 meses → Anote el total de meses:	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Más de 12 meses	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

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 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 tales fuentes 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

Orientación sexual	
<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Otra (describa)
<input type="checkbox"/> Homosexual	
<input type="checkbox"/> Lesbiana	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Cuestionándose/Inseguro(a) al respecto	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

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"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Desastre natural/tormenta en NC- ¿Carece de vivienda debido a un desastre natural/tormenta?				
<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": Durante desastres naturales/tormentas, existen recursos y grupos de alianza que pueden ayudarlo. ¿Tenemos su permiso para usar esta información y coordinar con tales grupos la ayuda para ofrecerle recursos y asistencia?				
<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": ¿Qué desastres naturales/tormentas le ocasionaron tener que evacuar y buscar albergue/refugio?			
<input type="checkbox"/> Huracán <i>Florence</i>	<input type="checkbox"/> Huracán <i>Matthew</i>	<input type="checkbox"/> Huracán <i>Dorian</i>	<input type="checkbox"/> Otro:

¿En qué condado de NC vivía hasta antes del desastre natural/tormenta?	
--	--

Tipo de situación anterior de vida- - ¿Dónde vivía hasta antes del desastre natural/tormenta?		
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 albergue de emergencia, o albergue/casa de hospedaje	
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 sin techo (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 en cuarto, departamento o casa de amigos	
	<input type="checkbox"/> Estancia o viviendo en cuarto, departamento o casa de familiares	
Vivienda permanente	<input type="checkbox"/> Renta por cuenta del cliente, sin subsidio continuo para vivienda	
	<input type="checkbox"/> Renta por cuenta del cliente, con subsidio continuo para vivienda (especificar)	
	<input type="checkbox"/> Subvención diaria para vivienda de transición (<i>GDP 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"/> 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	

Duración de estancia - Hasta antes del desastre natural/tormenta, ¿cuánto tiempo pasó en su anterior situación de vida?	
<input type="checkbox"/> Menos de una noche	<input type="checkbox"/> Más de un año
<input type="checkbox"/> De 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Más de una semana, pero menos de un mes	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Más de un mes, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados
<input type="checkbox"/> Más de 90 días, pero menos de un año	

Fecha aproximada de evacuación -¿En qué fecha dejó su anterior situación de vida?									
		/			/				
Mes			Día			Año			

¿Sabe si el lugar donde vivía fue destruido por el desastre natural/tormenta, si sufrió daños severos aunque no se destruyó, o no fue seriamente dañado?	
<input type="checkbox"/> Se destruyó	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Fue seriamente dañado	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> No fue seriamente dañado	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Si el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene cobertura de seguro contra pérdidas?	
<input type="checkbox"/> Tengo cobertura de seguro contra la mayoría de pérdidas	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Tengo cobertura de seguro contra algunas pérdidas	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> No tengo cobertura de seguro	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

¿Se ha registrado ante la agencia federal para manejo de emergencias (<i>FEMA</i>) para obtener asistencia?				
<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

Si el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene cobertura de seguro contra pérdidas?	
<input type="checkbox"/> Tengo cobertura de seguro contra la mayoría de pérdidas	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Tengo cobertura de seguro contra algunas pérdidas	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> No tengo cobertura de seguro	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Respuesta a estas preguntas solo por el jefe de familia

Necesidad de servicios de traducción/interpretación - ¿necesita servicios de traducción/interpretación?				
<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": Idioma(s) de preferencia					
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Cherokee	<input type="checkbox"/> Chino (mandarín o cantonés)	<input type="checkbox"/> Francés, haitiano o cajún	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Hindi

<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo o filipino	<input type="checkbox"/> Telugu	<input type="checkbox"/> Vietnamés
<input type="checkbox"/> Preferencia distinta de idioma (especificar)			<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

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 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	→ 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: Indisponibilidad 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 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)			/			/				