## Evaluación de inicio de proyecto - HOPWA SSO, TH, PSH, HP

Este formulario debe ser usado para Asistencia para Servicios, Hipoteca o Renta a Corto Plazo (STRMU), Asistencia para la Renta Basada en el Inquilino (TBRA) o para otros proyectos de Servicios de Apoyo Únicamente (SSO), Vivienda de Transición (TH), Vivienda de Apoyo Permanente (PSH) o de Prevención de Falta de Vivienda (HP) financiados por HOPWA para cada cliente. (niños páginas 1-2; VIH/SIDA + página 3; todos los adultos páginas 1-9; jefes de familia páginas 1-11)

Responda para	a todos los	s miembros	del g	rupo f	<del>'</del> amiliar
---------------	-------------	------------	-------	--------	----------------------

Fech	a de inic	cio de	l proy	ecto							ID HMIS DEL CLIENTE - Solo para usuarios de H									
	1			1																
	1			/																
Mes	3	Día			Año	)														
Nom	bre - (Pri	imer n	ombre	, Segı	undo n	ombre, Ap	ellic	lo, Sufijo	)			Ca	lidad d	e dat	os del r	nom	bre			
Prime	r nombre										☐ Nombre completo proporcionado									
1 111110	THOMBIO										Parcial, apodo o alias									
Segur	ndo nomb	re									□ No lo sé									
	140 1101110												Prefier	o no re	esponde	r				
Apelli	do												Datos r	no rec	opilados	(DN	R)			
Sufiio	(por ej., c	Jr.																		
Sr, III)		.,																		
Núr	nero de	segui	ro soc	cial				E	sta	tus de l	a cali	dad d	le los d	atos		ı				
						tos				ciales o		No lo s	é		Prefiero			Datos <sub>.</sub>		
						mpletos porcionado	os	apro		dos nados					respond	er	ı	ecopi	lados	
					1	r		FF												
Est	atus de	vetera	ano		1															
	Sí				□ No							No lo s	é		Prefiero	no		Datos	no	
															respond	er	r	ecopi	lados	
Foc	ha de na	acimia	nto					-	eta	tue da la	a cali	h heh	a las d	atos						
	ej., 10/23/		31110					_	Jia	tus uc it	de la calidad de los datos									
					□ Da	tos		□ Dato	s par	ciales o		No lo s	é		Prefiero	no		Datos	no	
					co	npletos		aprox	•						respond	er	1	ecopi	lados	
					pro	porcionado	s	prop	orcio	nados										
04.	0			,			,													
					sidentic	ades de g	ener	0	_	0 1	, ,									
	Mujer (N				`					Cuestion										
	Hombre	(INITIO,	siesi	nenor	)					(Especif		ente								
	Identida	d cultu	ralmer	nte esr	pecífica	(por ej., do	os es	spíritus)		No lo sé										
	Transgé					(I J-,				Rechazo	ó conte	estar								
	No bina									Datos n	o reco	pilado	s							
Raz	a y etni	cidad	- Sele	ccione	una o i	nás categ	orías	de raza	y etr	nicidad										
	Indio an	nerican	o, nati	vo de	Alaska	o indígena	l			Blanco										
	Asiático	o asiá	tico an	nericar	no					No lo sé	No lo sé									
	Negro, a	afroam	ericano	o o afri	icano					Rechaze	ó conte	estar								
	Hispano									Datos n	o reco	pilado	S							
□ De medio oriente o África del Norte Detalles								talles adio	cionale	es sob	re raza									
	Nativo d	le Haw	ái o de	las is	las del	Pacífico			y e	tnicidad:										
	ación co									01				/						
	Misma p				nılia)					Otro par relación			e de fam le familia		ra					
	Hijo del	•			1 - 4 - "	_														
	Cónvua	e o nar	ela de	i lete c	re tamili	а			1 1	Otro: mi	embro	sın re	iacion di	e nare	ntesco					

Estado de discapacidad	- ¿Tiene usted una condició	ón discapacitant	te?						
□ Sí	□ No	□ No lo s	o sé						
Solo seleccione SÍ si se prevafecte sustancialmente su c Solo para usuarios de HMIS	a cada tipo de discapacidad yé que el tipo de discapacidad apacidad de vivir independient en oficina: Si el cliente marca dad y Duración prolongada o i	sea de duración temente. Sí para cualquie	er tipo de disca	pacidad, marque las			la fecha		
Tipo de discapacidad						Sí	No		
Física									
Condición de salud crónica									
VIH/SIDA									
De desarrollo									
Trastorno por consumo de a	lcohol								
Trastorno por consumo de s	ustancias								
Trastorno de salud mental									
Seguro médico – ¿Está u	sted cubierto actualmente p	or un seguro m	édico?						
□ Sí	□ No	□ No lo s	é	☐ Prefiero no responder		atos no copilado:	s		
médico será la fecha de inici  Tipo de seguro médico	en oficina: Si el cliente marca o del proyecto.	Si para cualquie	r tipo de segur	o, la fecha de inicio	del tipo	de segu	No		
Medicaid									
Medicare									
Programa estatal de seguro	médico para niños (o North Ca	arolina Health Ch	oice)						
Administración de Salud para			,						
Seguro médico proporcionad	` ,								
Seguro médico obtenido a tr	avés de COBRA								
Seguro médico de pago priva	ado								
Seguro médico estatal para	adultos								
Programa de servicios de sa	lud para indígenas								
Otro En caso afirmativo, esp	ecifique la fuente:								
Ci no coté oubiente non :		al mativa?							
Solicitado con decisión por la	un seguro médico, ¿cuál e endiente	es el motivo?		☐ No lo sé					
☐ Solicitado; cliente no eleg				☐ Prefiero no resp	onder				
☐ No solicitado				☐ Datos no recopi	lados				
☐ Tipo de seguro no aplica	para este cliente								
Condado de servicio de ¿En qué condado de Carol	NC ina del Norte está recibiendo	o los servicios d	le este proyec	cto?					

## Responda las preguntas a continuación únicamente para clientes que presenten VIH/SIDA

Células T (CD4) y d	carga viral											
Indique el recuento de células T (CD4) y la medición de la carga viral en intervalos de 6 meses, o con la frecuencia que permita su plan médico, comenzando al inicio del proyecto hasta la salida del mismo.  Si la respuesta es afirmativa para VIH/SIDA, ¿tiene disponible un recuento de células T (CD4)?												
Si la respuesta es	afirmativa para	VIH/SIDA, ¿tiene d	disponible un recuent	o de células T (CD	4)?							
□ Sí	□ No	, ,	□ No lo sé	Prefiero no responder	Datos no recopilados							
Si la respuesta es afi células T (CD4) está (CD4) (0 – 1500)				Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)								
¿Cómo se obtuvo la células T?	información del I	recuento de										
Si la respuesta es	afirmativa para	VIH/SIDA, ¿tiene d	disponible informació	n sobre la carga vi	ral?							
☐ No disponible	□ Disponible	□ Indetectable	□ No lo sé	Prefiero no responder	Datos no recopilados							
Si la respuesta es afi la carga viral está dis (0-999999)				Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)								
¿Cómo se obtuvo la	información de c	arga viral?										
¿Asistencia médic Solo para usuarios de		fecha de inicio del pro	ovecto como la fecha de in	oformación de asisten	cia médica							
	_	·	sycolo como la locha de li	normacion de adistent								
¿Recibe el Prograr	ma Público de <i>A</i>	·										
¿Recibe el Program ☐ Sí	ma Público de <i>F</i>	Asistencia en Medi	icamentos para el VIH.	/SIDA (ADAP)?	refiero no responder							
	□ N ↓ Si no	Asistencia en Medi o	icamentos para el VIH.  □ No lo sé  vo por el cual no recib	/SIDA (ADAP)?	refiero no responder							
	□ N  V Si no en M □ S	Asistencia en Medio  o, ¿cuál es el motivedicamentos para solicitado con decisión	icamentos para el VIH.  No lo sé  o por el cual no recib el VIH/SIDA? n pendiente	/SIDA (ADAP)? □ Pr e el Programa Púb □ No lo sé	refiero no responder							
	Si no en M	Asistencia en Medio  , ¿cuál es el motive dicamentos para solicitado con decisión solicitado; cliente no e	icamentos para el VIH  □ No lo sé  vo por el cual no recib el VIH/SIDA?  n pendiente elegible	/SIDA (ADAP)?  □ Pr  e el Programa Púb  □ No lo sé □ Prefiero no respo	refiero no responder elico de Asistencia onder							
	Si no en M	Asistencia en Medio  , ¿cuál es el motive dicamentos para solicitado con decisión solicitado; cliente no el lo solicitado	icamentos para el VIH  □ No lo sé  vo por el cual no recib el VIH/SIDA? n pendiente elegible	/SIDA (ADAP)? □ Pr e el Programa Púb □ No lo sé	refiero no responder elico de Asistencia onder							
	Si no en M	Asistencia en Medio  , ¿cuál es el motive dicamentos para solicitado con decisión solicitado; cliente no e	icamentos para el VIH  □ No lo sé  vo por el cual no recib el VIH/SIDA? n pendiente elegible	/SIDA (ADAP)?  □ Pr  e el Programa Púb  □ No lo sé □ Prefiero no respo	refiero no responder elico de Asistencia onder							
□ Sí	□ N  Si no en M □ S □ S □ N □ T	Asistencia en Medi o o, ¿cuál es el motiv edicamentos para colicitado con decisión colicitado; cliente no e lo solicitado ipo de seguro no apli	camentos para el VIH.  □ No lo sé  /o por el cual no recib el VIH/SIDA?  n pendiente elegible  ca para este cliente	/SIDA (ADAP)?  □ Pr  e el Programa Púb  □ No lo sé □ Prefiero no respo	refiero no responder elico de Asistencia onder							
	□ N  Si no en M □ S □ S □ N □ T	Asistencia en Medio  Asistenci	camentos para el VIH.  □ No lo sé  /o por el cual no recib el VIH/SIDA?  n pendiente elegible  ca para este cliente	/SIDA (ADAP)?  e el Programa Púb  No lo sé Prefiero no respo	refiero no responder elico de Asistencia onder							
☐ Sí	Si no en M	Asistencia en Medio  o, ¿cuál es el motive dicamentos para solicitado con decisión solicitado; cliente no elo solicitado ipo de seguro no aplical financiada por Fo	icamentos para el VIH.  No lo sé  No por el cual no recib el VIH/SIDA? n pendiente elegible ca para este cliente  Ryan White?  No lo sé	/SIDA (ADAP)?  e el Programa Púb  No lo sé Prefiero no respo Datos no recopila	refiero no responder  plico de Asistencia  ponder ados  refiero no responder							
☐ Sí	Si no en M	Asistencia en Medio  Bolicitado en decisión  Bolicitado con decisión  Bolicitado en decisión  Bolicitado	icamentos para el VIH  No lo sé  No por el cual no recib el VIH/SIDA? n pendiente legible ca para este cliente  Ryan White?  No lo sé	/SIDA (ADAP)?  e el Programa Púb  No lo sé Prefiero no respo Datos no recopila	refiero no responder  plico de Asistencia  ponder ados  refiero no responder							
☐ Sí	Si no en M	Asistencia en Medio  Edio antiversión de la solicitado con decisión de seguro no aplicado en medio  Edio al financiada por Foo  Asistencia en Medio  Asisten	No lo sé	Prefiero no recopila  Datos no recopila  Pre asistencia médic	refiero no responder  plico de Asistencia  ponder ados  refiero no responder							
☐ Sí	Si no en M	Asistencia en Medio  Edio antiversión de sel motive  Asistencia en Medio  Edio antiversión de seguro no aplicación  Edio antiversión de seguro en Medio en Medi	No lo sé	/SIDA (ADAP)?  e el Programa Púb  No lo sé Prefiero no respo Datos no recopila  Pr  e asistencia médic	refiero no responder  plico de Asistencia  ponder ados  refiero no responder  ca o dental							
☐ Sí	Si no en Mi	Asistencia en Medio  o, ¿cuál es el motive dicamentos para colicitado con decisión colicitado; cliente no el solicitado ipo de seguro no aplical financiada por forma con contra con decisión con decisión colicitado con decisión colicitado con decisión colicitado; cliente no el contra con contra contra con contra con contra con contra con contra con contra con contra c	No lo sé   No lo sé	Prefiero no respo	refiero no responder  plico de Asistencia  ponder  ados  refiero no responder  ca o dental							
☐ Sí	Si no en Mi	Asistencia en Medio  Edio antiversión de sel motive  Asistencia en Medio  Edio antiversión de seguro no aplicación  Edio antiversión de seguro en Medio en Medi	No lo sé	/SIDA (ADAP)?  e el Programa Púb  No lo sé Prefiero no respo Datos no recopila  Pr  e asistencia médic	refiero no responder  plico de Asistencia  ponder  ados  refiero no responder  ca o dental  ponder							
☐ Sí	Si no en Mi	Asistencia en Medio  o, ¿cuál es el motive dicamentos para colicitado con decisión colicitado; cliente no el solicitado ipo de seguro no aplical financiada por forma con contra con decisión con decisión colicitado con decisión colicitado; cliente no el solicitado; cliente no el solicitado	No lo sé	Prefiero no respo	refiero no responder  plico de Asistencia  ponder  ados  refiero no responder  ca o dental							
☐ Sí  ¿Recibe asistencia ☐ Sí	Si no en Mi	Asistencia en Medio  Edicamentos para  Solicitado con decisión  Solicitado  En Asistencia en Medio  Edicamentos para  Ed	No lo sé	Prefiero no responsationale de la Programa Púb  No lo sé Prefiero no recopila Prefiero no recopila Prefiero no recopila Prefiero no recopila Prefiero no responsationale Prefiero no recopila Prefiero	refiero no responder  plico de Asistencia  ponder  ados  refiero no responder  ca o dental							
☐ Sí  ¿Recibe asistencia ☐ Sí	Si no en Mi	Asistencia en Medio  Bolicitado en decisión  Bolicitado en decisión  Bolicitado  Bolicitado en aplio  Bolicitado en decisión  Bolicitado  Bol	No lo sé	SIDA (ADAP)?   Presidente   Programa Púb   No lo sé   Prefiero no responsible   Presidente   P	refiero no responder  plico de Asistencia  ponder  ados  refiero no responder  ca o dental							

## Responda estas preguntas para el jefe de familia y otros adultos

Inscripción en CoC – En cuál CoC se está quedando el jefe de familia en el momento de la entrada al proyecto?											
☐ NC 502-Condado y ciudad de Durham	☐ NC 503-NC Balance of State	☐ NC 513-Chapel Hill/Condado de Orange	☐ Otro:								

Historial de situación sin vivienda - Seleccione 1 tipo de situación de vivienda. Siga las flechas y las instrucciones en rojo para completar otras secciones											
Sección 1: Tipo de situación de	e vivienda previa- ¿Dónde vivía inme	diatamente antes de entrar a este proyecto?									
Sin vivienda	Institucional	Vivienda temporaria									
Lugar no destinado a ser habitado (por ej., vehículo, edificio	Hogar de acogida ( <i>foster</i> ) o hogar grupal de acogida	Vivienda de transición para personas sin vivienda (incluidos jóvenes sin hogar)									
<ul> <li>□ abandonado, estación de autobús/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)</li> </ul>	Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico	Proyecto residencial o centro de rehabilitación sin criterio de falta de vivienda									
Albergue de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de albergue	detención de menores	Hotel o motel pagado <i>sin</i> vale de albergue de emergencia									
de emergencia u hogar de acogida (host)	Centro de cuidados a largo plazo o residencia de ancianos	☐ Hogar de acogida ( <i>host</i> ) (sin crisis)									
□ No lo sé	Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico	Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo									
☐ Prefiero no responder	Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación	Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un familiar									
□ Datos no recopilados	□ No lo sé	Vivienda permanente									
	☐ Prefiero no responder	Renta por parte del cliente, sin subsidio de vivienda vigente									
	☐ Datos no recopilados	Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente (especifique)									
		Subsidio de vivienda GPD TIP									
		Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda vigente  Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda									
		□ vigente □ No lo sé									
		☐ Prefiero no responder									
		□ Datos no recopilados									
<b>+</b>	<b>†</b>	<b>↓</b>									

Sección 2: Duración de la estadía e	n la s	situación de vida anterior-¿Cuánt	o tiem	po permaneció	el clie	nte en ese lugar?
Si alguna de las respuestas en los cuadro						
☐ 1 noche o menos		1 noche o menos		1 noche o menos		
☐ 2 a 6 noches		2 a 6 noches		2 a 6 noches		
1 semana o más, pero menos de 1 mes     1 mes o más, pero menos de 90 días		1 semana o más, pero menos de 1 mes 1 mes o más, pero menos de 90 días		1 semana o más, 1 mes o más, per	pero r	menos de 1 mes
90 días o más, pero menos de 1 año		90 días o más, pero menos de 1 año		90 días o más, per	ero me	nos de 1 año
1 año o más		1 año o más		1 año o más	710 1110	Alloo do 1 dilo
☐ No lo sé		No lo sé		No lo sé		
☐ Prefiero no responder		Prefiero no responder		Prefiero no respo		
☐ Datos no recopilados		Datos no recopilados		Datos no recopila	dos	
Sección 3: Brecha en la falta de		en la calle o en un albergue o	de em	ergencia?		
Si alguna de las respuestas en los cua		combreados a continuación está marca emás deben pasar a Ingresos y fuentes		be pasar a la SE	CCIC	ON 4; todas las
		Sí [Ir a la sección 4]		Sí [Ir a la seco	ión 4]	
		No		No	•	
Ir a la sección 4		No lo sé		No lo sé		
		Prefiero no responder		Prefiero no resp	onde	r
		Datos no recopilados		Datos no recop	ilados	3
<b>+</b>		<b>+</b>			,	
Sección 4 - Responda	las tr	es preguntas a continuación par	ra cor	mpletar esta s	ecció	ón
¿Fecha aproximada en que comenz	ó est	e episodio de falta de vivienda?				
Mes Dia	<u> </u>	Año				
Independientemente de dónde se q			dó eir	hogar on lac	calle	as o an
un albergue de emergencia en los ú			uo sii	i ilogal eli ias	Calle	es o en
☐ Una vez (seleccione esta opción si es últimos 3 años)	la pri	mera vez que ha experimentado la falt	a de v	ivienda en los		No lo sé
☐ Dos veces						Prefiero no responder
☐ Tres veces						Datos no recopilados
☐ Cuatro o más veces						
¿Cuántos meses, en total, ha estadultimos 3 años?	o sin	vivienda, en la calle o en un albe	ergue	de emergenc	ia en	los
<ul> <li>1 mes o menos (seleccione esta opci vivienda en los últimos 3 años)</li> </ul>	ón si e	esta es la primera vez que ha experime	entado	la falta de		No lo sé
☐ Entre 2 y 12 meses →	In	grese cantidad total de meses:				Prefiero no responder
☐ Más de 12 meses						Datos no recopilados
Ingresos y fuentes - ¿Tiene usted act	ualme	ente algún ingreso de cualquier fuen	ite?			
□ Sí □ No		☐ No lo sé		Prefiero no esponder		Datos no recopilados
Para completar la siguiente tabla, debe Responda "Sí" solo si la fuente de ingreso niños (excepto los ingresos laborales) se p Responda "No" para las fuentes que han f Si la respuesta para alguna fuente es "S Solo para usuarios de HMIS en oficina: Si fecha de inicio del proyecto.	s es re ouede naliza Sí", co	ecurrente y se recibe a la fecha (es dec n incluir en la información del jefe de fa ido, incluso si se recibieron en el pasac complete el monto en las secciones se	cir, no amilia. do. <b>ombre</b>	ha finalizado). Lo eadas a continu	os ing ación	1.

Fuente de ingresos	Sí		No	En caso a mensual ( (redondead	de la f	uente	-		)		
Ingresos ganados (es decir,	ingresos laborales)			]		\$					
Seguro de desempleo				]		\$					
Seguridad de Ingreso Suple	mentario (SSI)			]		\$					
Ingresos por Discapacidad o	del Seguro Social (SSDI)			]		\$					
Compensación por discapac	cidad relacionada con el servicio de	e VA		]		\$					
Pensión por discapacidad no	o relacionada con el servicio de VA	\		]		\$					
Seguro privado de discapac	idad			]		\$					
Compensación de trabajado		]		\$							
Asistencia Temporal para Fa		]		\$							
Asistencia General (AG)		]		\$							
Ingresos de jubilación de la		]		\$							
Ingresos de pensión o jubila	ción de un trabajo anterior			]		\$					
Manutención infantil				]		\$					
Pensión alimenticia u otra m	anutención conyugal			]		\$					
Otra fuente:				]		\$					
Ing	reso mensual total de todas las	fuentes				\$					
Beneficios no monetario	os - ¿Tiene algún beneficio no m	nonetario de cu	ualqui	ier fu	ente?	·					
□ Sí	□ No	□ No lo sé				Prefiero no			tos no		
	e tabla, debe responder "Sí" o "l					esponder		rec	opilad	los	
Responda "No" para los ben	eficio no monetario es recurrente y reficios no monetarios que han fina <mark>uier beneficio no monetario es "</mark>	lizado, incluso s	si se r	ècibie	eron e	n el pasado					
Fuente de beneficio no mo	onetario		Sí	No	0		ensual	l de la	fuent	te	10)
	onetario ricional Suplementaria (SNAP)		Sí	No		me (redonde	ensual	l de la	fuent	te	10)
Programa de Asistencia Nut		bés y				me	ensual	l de la	fuent	te	10)
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel	bés y				me (redonde	ensual	l de la	fuent	te	10)
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC)	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local)	bés y				me (redonde \$	ensual	l de la	fuent	te	00)
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local)	bés y				me (redonde \$ \$ \$	ensual	l de la	fuent	te	10)
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local)	bés y				me (redonde \$ \$ \$	ensual	l de la	fuent	te	0)
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local)	bés y				me (redonde	ensual	l de la	fuent	te	00)
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local)	,				me (redonde	ensual	l de la	fuent	te	00)
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) por TANF (o use nombre local)	,				me (redonde	ensua ado al	I de la monto	fuent	te	00)
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) por TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio	lencia domést				\$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no	ensua ado al	I de la monto	fuent más c	te	10)
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí  En caso afirmativo, ¿cuán	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) por TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio	lencia domésti □ No lo sé				\$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no	ensua ado al	I de la monto	fuent más c	te	
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí  En caso afirmativo, ¿cuán  En los últimos tres mes	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) or TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio  No  do ocurrió la experiencia? ses	lencia domésti □ No lo sé □ No lo sé	 			\$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no	ensua ado al	I de la monto	fuent más c	te	
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí  En caso afirmativo, ¿cuán  En los últimos tres mes	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) por TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio	lencia domésti □ No lo sé	 			\$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no	ensua ado al	I de la monto	fuent más c	te	
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí  En caso afirmativo, ¿cuán  En los últimos tres mes Hace entre tres y seis	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) por TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio  No  do ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente	lencia domésti □ No lo sé □ No lo sé	ica?	ponde	er	\$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no	ensua ado al	I de la monto	fuent más c	te	
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí  En caso afirmativo, ¿cuán  En los últimos tres mes Hace entre tres y seis seis meses) Hace entre seis meses	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) por TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio  No  do ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente	lencia domésti  ☐ No lo sé ☐ Prefiero r	ica?	ponde	er	\$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no	ensua ado al	I de la monto	fuent más c	te	
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí  En caso afirmativo, ¿cuán  En los últimos tres mes Hace entre tres y seis seis meses) Hace entre seis meses exactamente un año) Hace un año o más	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) or TANF (o use nombre local) or TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio  No  do ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente	lencia domésti  ☐ No lo sé ☐ Prefiero r	ica?	ponde	er	\$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no	ensua ado al	I de la monto	fuent más c	te	
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí  En caso afirmativo, ¿cuán  En los últimos tres mes hace entre tres y seis seis meses) Hace entre seis meses exactamente un año) Hace un año o más  En caso afirmativo, ¿está	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) or TANF (o use nombre local) or TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio  do ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente s y un año (excluyendo	lencia domésti  □ No lo sé □ Prefiero r □ Datos no	ica?	ponde	er	s \$ \$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no responder	ensua ado al	Da rec	tos no	los	
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí  En caso afirmativo, ¿cuán  En los últimos tres mes Hace entre tres y seis seis meses) Hace entre seis meses exactamente un año) Hace un año o más	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) or TANF (o use nombre local) or TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio  No  do ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente	lencia domésti  ☐ No lo sé ☐ Prefiero r	ica?	ponde	er	\$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no	ensua ado al	□ Da rec	fuent más c	los	
Programa de Asistencia Nut Programa de Asistencia Nut Niños (WIC) Servicios de cuidado infantil Servicios de transporte TAN Otros servicios financiados p Otra fuente:  Violencia doméstica - ¿E  Sí  En caso afirmativo, ¿cuán  En los últimos tres mes hace entre tres y seis seis meses) Hace entre seis meses exactamente un año) Hace un año o más  En caso afirmativo, ¿está	ricional Suplementaria (SNAP) ricional Especial para Mujeres, Bel TANF (o use nombre local) F (o use nombre local) por TANF (o use nombre local)  Es usted un sobreviviente de vio  No  do ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente s y un año (excluyendo	lencia domésti  □ No lo sé □ Prefiero r □ Datos no	ica?	ponde	er	redonde  \$ \$ \$ \$ \$ Prefiero no responder	ensua ado al	□ Da rec	tos no copilad	los	

				- ¿Dónde vivía dur temporaria o permar				imiento se enur	neran	a continuación.		
•	П			r habitado (por ej., ι								
Sin vivienda				puerto o cualquier lu				-11		unaia vi haaraa da		
			e de emergencia ( <i>host</i> ) financiad	a, incluido hotel o mo o por RHY	oter pagado	con t	ın vale de	albergue de en	nerge	encia u nogar de		
	☐ Hogar de acogida ( <i>foster</i> ) o hogar grupal de acogida											
		Hospital	u otro centro m	édico residencial no	psiquiátrico	ı						
Institucional		Cárcel, p	orisión o centro	de detención de mei	nores							
		Centro d	le cuidados a la	rgo plazo o residenc	cia de anciar	nos						
		Hospital	psiquiátrico u o	tro centro psiquiátrio	co							
		Centro d	<u>le tratamiento po</u>	or abuso de sustanc	ias o centro	de d	esintoxica	ción				
				entro de rehabilitacio			falta de viv	vienda				
				<i>n</i> vale de albergue d								
Temporaria				ara personas sin viv	rienda (inclu	dos j	óvenes sir	n hogar)				
			e acogida ( <i>host</i> )									
				en la habitación, ap								
				en la habitación, ap nte, sin subsidio de v			a de un iar	IIIIai				
			•	nte, con otro subsidio			ente (esne	cifique)				
		•	ubsidio de vivien	•	o do viviona		٠.	estabilidad de	vivier	nda		
		□ St	ubsidio de vivien	nda VASH			Vale del	l Programa de l	Unific	ación Familiar (FUP)		
			ubsidio de realoj quivalente	jamiento rápido (RR	Н) о		Foster Y	outh to Indepe	nden	ce Initiative (FYI)		
Permanente		□ Va	ales de elección	de vivienda (HCV)			Vivienda	a de apoyo peri	mane	nte (PSH)		
		□ Ur	nidad de viviend	la pública				viendas perma		s dedicadas a no tenían vivienda		
			enta por parte do ubsidio de vivien	el cliente, con otro da vigente			porconia	io quo amonon		The terman Whenda		
		Propieda	ad del cliente, si	n subsidio de viviend	da vigente							
		Propieda	ad del cliente, co	on subsidio de vivien	nda vigente							
		Otra (es	pecifique):									
Otra		No lo sé	·									
		Prefiero	no responder									
Situación d			o recopilados rerificada por:									
Nombrar la age												
				institucional, tem actual de vivienda								
□ Sí			□ No		□ No lo			☐ Prefiero no	)	□ Datos no		
<u> </u>								responder		recopilados		
En case of	mati	vo 2 "vo c	tonor que che	ndonar su situació	n actual da	Vivi	anda dart	ro do los 44 d	ías"			
Eli Caso alli			-			VIVIE	enua uent	10 de 105 14 d	ias			
	_ <u>{</u>	Sí	□ No	sidencia posterior?			Prefiero	no responder		Datos no recopilados		
	; Ti	iene usteo	d o su familia r	ecursos o redes de	apovo par	a obt		•	nanei	·		
Responda		Sí	□ No	☐ No lo sé				no responder		Datos no recopilados		
todo	НŚ				a de una u	nidad			te en	los últimos 60 días?		
		Sí	□ No	☐ No lo sé			Prefiero	no responder		Datos no recopilados		
	S <sub>S</sub>	<b>e ha mud</b> Sí	ado 2 o más ve □ No	ces en los últimos  No lo sé	60 días?	Г	Prefiore	no responder		Datos no recopilados		
	. –	O.	INO			. –	i iciicio	iio iospoilubi	. –	Datos no recopilados		

SITUACIÓN AC	TUAL DE VI	VIENDA - Detalles de ubicación				
-						
Desastre natu tormenta recier		Se eئ -ta en Carolina del Norte	ncuentra sin v	vivienda de	bido a un desastre	natural o una
□ Sí		□ No	□ No lo sé		☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados
Ψ					responder	recopilados
En caso afirm	ativo: Hav re	ecursos y socios disponibles dur	ante desastres	s naturales	/tormentas que pu	eden avudarlo.
		utilizar esta información para co				
□ Sí		□ No	☐ No lo sé		☐ Prefiero no	☐ Datos no recopilados
<b>T</b>			ı		responder	recopilados
En caso afirm	ativo: ¿Qué	desastre natural o tormenta le ob	oligó a evacua	r y buscar	otro lugar protegio	do?
☐ Huracán l	_		☐ Huracán Do		□ Otro:	
		olina del Norte vivía usted inmedia I o la tormenta?	atamente			
antes del desa	astre matural	i o la tormenta :				
Tipo de s	situación d	e vivienda anterior - ¿Dónde vi	vía inmediatan	nente ante	s del desastre natu	ıral o la tormenta?
		no destinado a ser habitado (por ej ús/tren/metro/aeropuerto o cualquie			bandonado, una es	tación de
Sin vivienda	☐ Alberg	gue de emergencia, incluido hotel o da (host)			de albergue de eme	ergencia u hogar de
		de acogida ( <i>foster</i> ) o hogar grupal	de acogida			
		tal u otro centro médico residencial				
	•	I, prisión o centro de detención de n				
Institucional		o de cuidados a largo plazo o reside		os		
		tal psiquiátrico u otro centro psiquiá				
		o de tratamiento por abuso de susta				
		da de transición para personas sin	,	,	0 /	
		cto residencial o centro de rehabilita			vivienda	
Temporaria		o motel pagado <i>sin</i> vale de albergue	e de emergenci	а		
l componente		de acogida (host) (sin crisis)				
		ándose o viviendo en la habitación,	•			
		ándose o viviendo en la habitación,	<u>'</u>		tamiliar	
		por parte del cliente, sin subsidio d			ifigure)	
		por parte del cliente, con subsidio o Subsidio de vivienda GPD TIP	ae vivienda vige	` .	ilique <i>)</i> e estabilidad de vivie	anda
		Subsidio de vivienda GPD TP Subsidio de vivienda VASH				icación Familiar (FUP)
		Subsidio de realojamiento rápido (F	RRH) o 🗆		Youth to Independe	` ,
Permanente		equivalente Vales de elección de vivienda (HC\	/)		la de apoyo perman	, ,
remanente		Unidad de vivienda pública	,,		riviendas permanen	
		•		person	as que anteriormen	te no tenían vivienda
		Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente	)			
		edad del cliente, sin subsidio de vivid	enda vigente			
	☐ Propie	edad del cliente, con subsidio de viv	ienda vigente			
	□ Otra (€	especifique):				
Otra	□ No lo s					
		ro no responder no recopilados				
L		110 100000110000				

										•				uc	vivie			
	che o menos						☐ 1 año o más											
	noches						+	No lo s										
	nana o más, pero s o más, pero me									respond copilado								
	as o más, pero me							Datos	110 16	Jopiiauc	JS							
	···, <b>,</b> · · · ·						_											
Fecha apro	oximada de evac	uación	- ; Fn	aué fec	cha a	handon	ว์ รม ร	ituaci	ón de	vivien	da aı	nterior	?					
			<u></u>	100 100	_		1			1			<u>-</u>					
					/													
	Mes	1	L D	ía			Año	l		]								
	el lugar donde es o no fue gravem				estrui	do por e	el desa	astre i	natura	al o tori	ment	a, si fu	ıe grav	em	ente	dañad	do pe	ro no
☐ Destruic	do													No	lo sé	<u> </u>		
	nente dañado																spond	der
☐ No fue (	gravemente daña	do															pilado	
Si el lugar	donde vivía fue	destru	ido o d	lañado	de al	guna m	anera,	, ¿tien	e seg	uro pa	ra cu	ıbrir la	s pérdi	idas	?			
	seguro para cubri									-					lo sé	;		
☐ Tengo s	seguro para cubri	una pa	arte de	las pér	didas									Pre	efiero	no re	spond	der
□ No teng	go seguro													Da	itos n	o reco	pilado	os
¿Se ha reg	gistrado en FEM	A para	recibir	asiste	ncia?	•												
□ Sí		□N	lo				□ <b>1</b>	No lo s	sé			Prefie	ero no			atos	no	
												respo	nder		re	ecopil	ados	
	donde vivía fue						anera,	tien, ¿	ıe seg	uro pa	ra cu	ıbrir la:	s pérdi	idas	?			
☐ Tengo s	seguro para cubri	la may	yoría de	e las pé	rdidas	S	anera,	, ¿tien	ie seg	uro pa	ra cu	ıbrir la		No	lo sé			
☐ Tengo s	seguro para cubri seguro para cubri	la may	yoría de	e las pé	rdidas	S	anera,	, ¿tien	e seg	uro pa	ra cu	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re	spond	
☐ Tengo s	seguro para cubri	la may	yoría de	e las pé	rdidas	S	anera,	, ¿tien	e seg	uro pa	ra cu	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re	spono	
☐ Tengo s ☐ Tengo s ☐ No teng	seguro para cubri seguro para cubri	la may una pa	yoría de arte de	e las pé las pér	erdidas didas	S			e seg	uro pa	ra cu	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
☐ Tengo s☐ Tengo s☐ No teng	seguro para cubri seguro para cubri go seguro	la may una pa	yoría de arte de solo	e las pé las pér para	erdidas didas	efe de	fam	ilia			ra cu	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
☐ Tengo s ☐ Tengo s ☐ No teng  Responda  Evaluació	seguro para cubri seguro para cubri go seguro a estas pregu	la may una pa	yoría de arte de solo	e las pé las pér para	erdidas didas	efe de	fam	ilia			ra cu	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
☐ Tengo s ☐ Tengo s ☐ No teng  Responda  Evaluació	seguro para cubri seguro para cubri go seguro a estas pregu on de entrada c	la may una pa	yoría de arte de solo	e las pé las pér para	erdidas didas	efe de	fam	ilia			ra cu	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
☐ Tengo s☐ Tengo s☐ No teng☐ No teng☐ Responda	seguro para cubri seguro para cubri go seguro a estas pregu on de entrada c	la may una pa	yoría de arte de solo	e las pé las pér para	erdidas didas	efe de	fam	ilia			ra cu	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s No teng No teng	seguro para cubri seguro para cubri go seguro a estas pregu on de entrada c	la may una pa	yoría de arte de solo	e las pé las pér para	erdidas didas	efe de	fam	ilia			ra cu	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s No teng No teng	seguro para cubri seguro para cubri go seguro a estas pregu on de entrada c evaluación	la may una pa	yoría de arte de solo	e las pé las pér para	erdidas didas	efe de	fam	ilia			ra cu	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s No teng No teng	seguro para cubri seguro para cubri go seguro a estas pregu on de entrada c evaluación	una pa	yoría de arte de s solo nada -	para	erdidas didas el ju	efe de usuario	fam s de l	ilia			/	Ibrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s No teng No teng	seguro para cubrir seguro para cubrir go seguro  a estas pregu on de entrada c evaluación    CEF   Línea de a	una pa	yoría de arte de s solo nada -	para	erdidas didas el ju	efe de usuario	fam s de l	ilia			/	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s No teng No teng Responda Evaluació Fecha de	seguro para cubrir seguro para cubrir go seguro  a estas pregu on de entrada c evaluación    CEF   Línea de a   HomeLink	una para una para untas oordir	yoría de arte de s solo nada -	para	erdidas didas el ju	efe de usuario	fam s de l	ilia			/	Ibrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s Tengo s No teng Responda Evaluació Fecha de	seguro para cubrir seguro para cubrir go seguro  a estas pregu on de entrada c evaluación    CEF	una para una para untas oordir	yoría de arte de s solo nada -	para	erdidas didas el ju	efe de usuario	fam s de l	ilia			/	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s No teng No teng Responda Evaluació Fecha de	eseguro para cubrir seguro para cubrir go seguro  a estas pregu on de entrada c evaluación    CEF   Línea de a   HomeLink   IFC Comm	untas oordir	yoría de arte de s solo nada -	para	erdidas didas el ju	efe de usuario	fam s de l	ilia			/	Ibrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s Tengo s No teng Responda Evaluació Fecha de	seguro para cubrir seguro para cubrir seguro para cubrir seguro seguro  a estas preguento de entrada con de entrada con de entrada con de evaluación    CEF	una para una para una para untas unt	yoría de arte de solo solo solo solo solo solo solo sol	para	erdidas didas el ju	efe de usuario	fam s de l	ilia			/	Ibrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s Tengo s No teng Responda Evaluació Fecha de	eguro para cubrir seguro para cubrir go seguro  a estas pregu on de entrada c evaluación    CEF	una para una para una para untas unt	yoría de arte de solo solo solo solo solo solo solo sol	para	erdidas didas el ju	efe de usuario	fam s de l	ilia			/	ıbrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		
Tengo s Tengo s Tengo s No teng Responda Evaluació Fecha de	seguro para cubrir seguro para cubrir seguro para cubrir seguro seguro  a estas preguento de entrada con de entrada con de entrada con de evaluación    CEF	una para una para una para untas unt	yoría de arte de solo solo solo solo solo solo solo sol	para	erdidas didas el ju	efe de usuario	fam s de l	ilia			/	Ibrir la		No Pre	lo sé efiero	no re		

	☐ Región 2		Reg	ión 9		□ Región 2 □ Región 9											
	☐ Región 3		Reg	ión 10	)												
CoC de	☐ Región 4		Reg	ión 11													
BoS	☐ Región 5		Reg	ión 12	2												
	□ Región 6		Reg	ión 13	3												
	□ Región 7																
Durham	□ CoC de Durham																
				T 11	,												
<b>T</b>	alora el Co	☐ Teléfono															
Tipo de ev	aluacion		☐ En persona														
	□ Virtual																
Nivel de e	valuación		Eval	uació	n de n	ecesio	dade	s en cri	isis								
MIVEI GE E		Eval	uació	n de n	ecesio	dade	s de viv	/ienda									
			Colo	cado	en la l	ista d	e pric	orizació	n								
Estatus de							prioriza										
									<u>'</u>								
Evento de	entrada coordinada - solo para usuarios de HMIS e	n oficir	na														
Fecha de I	nicio / Fecha del evento			<u> </u>			<u> </u>				<u> </u>						
Evento																	
	☐ Derivación a proyecto de asistencia de prevención																
Acceder a	☐ Intervención o servicio de resolución de problemas/de	svío/resc	lución	rápid	а	_	<u> </u>	lr	а А								
eventos	☐ Derivación a evaluación de necesidades en crisis de e	ntrada c	oordin	ada pi	rograi	mada											
	Derivación a evaluación de necesidades en vivienda o	e entrad	a coor	dinada	а	_	<b>→</b>	lr	а В								
	<ul><li>□ programada</li><li>□ Derivación a manejo posterior a la colocación/seguimi</li></ul>	anto de c	220														
	☐ Derivación a manejo posterior a la colocación/seguirin☐ ☐ Derivación a proyecto o servicios de alcance comunita																
	Derivación a proyecto o servicios de navegación de vi		3 Cano														
	☐ Derivación a servicios fuera del continuo de atención:		nle na	ra sen	vicios	del co	ntinu	n de	atencić	'n							
	☐ Derivación a servicios fuera del continuo de atención:																
	Derivación a apertura de cama en albergue de emerga		JI II DIII C	add Cil	30111	0103 4	CI 0011	itiriac	de ale	71101011							
Eventos			<u> </u>														
de derivación	<ul> <li>Derivación a apertura de cama/unidad en vivienda de Derivación a apertura de proyecto/unidad/recurso con</li> </ul>			da de													
	□ transición-realojamiento rápido (TH-RRH)																
	☐ Derivación a apertura de recurso en proyecto de RRH					-	<b>-</b>	lr	a C								
	☐ Derivación a apertura de recurso en proyecto de PSH																
	☐ Derivación a otra apertura de proyecto/unidad/recurso	de PH															
	☐ Derivación a asistencia con muebles/fondo flexible/asi	stencia c	le eme	ergenc	ia												
	☐ Derivación a vale de estabilidad de vivienda																
Si la respue rápido", res	sta a "Evento" fue "resultado de la intervención o servic	io de re	soluci	ión de	prob	olemas	s/des	vío/r	ealojar	niento	)						
	sultado de la intervención o servicio de																
res	olución de problemas/desvío/resolución rápida 📗 🦙						No										
	El cliente fue alojado/realojado en una ernativa segura?					_											
Si la respue	sta a "Evento" fue "Derivación a resultado del manejo p	osterior	a la c	oloca	ción/s	seguir	mient	o de	caso"	,							
responda B																	
	rivación a resultado del manejo posterior a la ocación/seguimiento de caso – ¿Fue inscrito						No										
	nrovecto de atención nosterior?																

Si la respuesta a "Evento" fue Derivación a una apertura en albergue de emergencia (ES), vivienda de transición (TH), vivienda de transición-realojamiento rápido (TH-RRH) conjunta, realojamiento rápido (RRH), vivienda de apoyo permanente (PSH) u otra prevención de falta de vivienda (PH), responda C-E:											
C.	Ubicación de la derivación a vivienda permanente o vivienda de crisis (nombre del proyecto o identificación del proyecto)										
D.	Resultado de la derivación (si se conoce)	1 1 1	Aceptado por el cliente		Rechazado por el cliente			Rechazado por el proveedor			
E.	Fecha del resultado (si se conoce)			1			1				