

Evaluación de Inicio de Proyecto – Realojamiento rápido¹, Vivienda de apoyo permanente del Depto. HUD de ayuda a veteranos ² y Otros proyectos de vivienda permanente³

Este formulario debe usarse para Realojamiento rápido y Otros proyectos de vivienda permanente por cada cliente.

(Niños págs. 1-2; todo adulto págs. 1-6; jefe de familia págs. 1-7)

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
☐ Nombre completo reportado
☐ Nombre de calle o código parciales
☐ No sabe
☐ Prefiere no responder
☐ Datos no recolectados

Número de seguro social	Estatus en calidad de datos				
	☐ Reportados por completo	☐ Aproximados o parcialmente reportados	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ Datos no recolectados

Estatus de veterano				
☐ Si	☐ No	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ Datos no recolectados

Fecha de nacimiento (p. ej., 10/23/1978)	Estatus en calidad de datos				
	☐ Reportados por completo	☐ Aproximados o parcialmente reportados	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ Datos no recolectados

Género - Seleccione una o más identidades de género	
☐ Mujer (niña, de ser una menor)	☐ Cuestionándose
☐ Hombre (niño, de ser un menor)	☐ Identidad diferente (especificar)
☐ Identidad cultural específica (p. ej., de doble espíritu)	☐ No sabe
☐ Transgénero	☐ Se rehúsa
☐ No binario	☐ Datos no recolectados

Raza y etnicidad Seleccione una o más categorías de raza y etnia	
☐ Indio americana, nativo de Alaska o indígena	☐ Blanca
☐ Asiática o asiática americana	☐ No sabe
☐ Negra, afroamericana o africana	☐ Se rehúsa
☐ Hispana/latina	☐ Datos no recolectados
☐ Oriente medio o norafricana	Detalle adicional de raza y etnicidad:
☐ Nativo de Hawái o Islas del Pacífico	

Parentesco con el jefe de familia	
☐ Yo mismo/a (jefe de familia)	☐ Integrante de otro parentesco con jefe de familia (parentesco distinto con jefe de familia)
☐ Hijo/a de jefe de familia	
☐ Cónyuge o pareja de jefe de familia	☐ Otro: integrante sin parentesco

¹ Rapid Re-Housing, RRH

² HUD Veterans Affairs Supportive Housing, HUD VASH

³ Other Permanent Housing, OPH

Estatus de discapacidad - ¿Tiene alguna discapacidad?				
☐ Sí	☐ No	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ 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	☐	☐
Condición médica crónica	☐	☐
VIH/SIDA	☐	☐
Del desarrollo	☐	☐
Trastorno de consumo de alcohol	☐	☐
Trastorno de consumo de sustancias	☐	☐
Trastorno de salud mental	☐	☐

Seguro médico – ¿Actualmente tiene cobertura de seguro médico?

☐ Sí	☐ No	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ Datos no recolectados
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--	--

Responda "Sí" o "No" por cada fuente de seguro médico.

Responda "Sí" por cualquier fuente de la que esté recibiendo servicio.

Responda "No" por fuentes 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	☐	☐
Medicare	☐	☐
Programa estatal de seguro médico infantil (o NC Health Choice)	☐	☐
Administración de Salud para Veteranos (VHA)	☐	☐
Seguro médico de empleador	☐	☐
Seguro médico plan COBRA	☐	☐
Seguro médico privado	☐	☐
Seguro médico estatal para adultos	☐	☐
Programa de salud para nativos americanos	☐	☐
De responder "Sí", especificar fuente:	☐	☐

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?			
☐ NC 502- Ciudad y Condado Durham	☐ NC 503- Estado de Equilibrio de NC	☐ NC 513- Chapel Hill/Condado Orange	☐ 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
☐ Sitio no ideado para ser habitado (p. ej., vehículo, inmueble abandonado, estación de camiones/aeropuerto o cualquier sitio exterior)	☐ Hogar de acogida u hogar grupal de acogida	☐ Vivienda transitoria para personas sintecho (incluyendo jóvenes sin vivienda)
	☐ Hospital u otro inmueble médico residencial que no sea de psiquiatría	☐ Proyecto residencial o casa de transición, sin criterios para personas sin vivienda
☐ Albergue de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con vale para albergue de emergencia, o albergue/refugio	☐ Cárcel, prisión o inmueble de detención juvenil	☐ Hotel o motel pagado sin un vale para albergue de emergencia
	☐ Centro de cuidados a largo plazo o en hogar para ancianos	☐ Casa de hospedaje (no para casos de crisis)
☐ No sabe	☐ Hospital psiquiátrico u otro inmueble de psiquiatría	☐ Estancia o viviendo en cuarto, departamento o casa de amigos
☐ Prefiere no responder	☐ Inmueble para tratamiento por abuso de sustancias, o centro de desintoxicación	☐ Estancia o viviendo en cuarto, departamento o casa de familiares
☐ Datos no recolectados	☐ No sabe	Vivienda permanente
	☐ Prefiere no responder	☐ Renta por cuenta del cliente, sin subsidio continuo para vivienda
	☐ Datos no recolectados	☐ Renta por cuenta del cliente, con otro subsidio continuo para vivienda (especificar)
		☐ Subvención diaria para vivienda de transición (GDP TIP) ☐ Vale para estabilidad de vivienda
		☐ Subsidio para vivienda de apoyo a veteranos (VASH) ☐ Programa de vales para reunificación familiar (FUP)
		☐ Subsidio para realojamiento rápido (RRH), o su equivalente ☐ Iniciativa de independencia para jóvenes de acogida (FYI)
		☐ Vales electivos para vivienda (HCV) ☐ Vivienda de apoyo permanente (PSH)
		☐ Unidades de vivienda pública ☐ Otra vivienda permanente dedicada a personas sin casa en el pasado
		☐ Renta por cuenta del cliente, con otro subsidio continuo para vivienda
		☐ Propiedad del cliente, sin subsidio continuo para vivienda
		☐ Propiedad del cliente, con subsidio continuo para vivienda
☐ No sabe		
☐ Prefiere no responder		
☐ 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		
☐ Menos de una noche	☐ Menos de una noche	☐ Menos de una noche
☐ De 2 a 6 noches	☐ De 2 a 6 noches	☐ De 2 a 6 noches

☐ Más de una semana, pero menos de un mes	☐ Más de una semana, pero menos de un mes	☐ Más de una semana, pero menos de un mes
☐ Más de un mes, pero menos de 90 días	☐ Más de un mes, pero menos de 90 días	☐ Más de un mes, pero menos de 90 días
☐ Más de 90 días, pero menos de un año	☐ Más de 90 días, pero menos de un año	☐ Más de 90 días, pero menos de un año
☐ Más de un año	☐ Más de un año	☐ Más de un año
☐ No sabe	☐ No sabe	☐ No sabe
☐ Prefiere no responder	☐ Prefiere no responder	☐ Prefiere no responder
☐ Datos no recolectados	☐ Datos no recolectados	☐ 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

☐ Sí [Ir a Sección 4]

☐ Sí [Ir a Sección 4]

☐ No

☐ No

☐ No sabe

☐ No sabe

☐ Prefiere no responder

☐ Prefiere no responder

☐ Datos no recolectados

☐ 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 calles o en albergue de emergencia?

☐ Una vez (seleccione si es la primera vez que ha carecido de vivienda en los últimos 3 años)

☐ No sabe

☐ Dos veces

☐ Prefiere no responder

☐ Tres veces

☐ Datos no recolectados

☐ Más de cuatro veces

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

☐ Menos de un mes (seleccione si es la primera vez que ha carecido de vivienda en los últimos 3 años)

☐ No sabe

☐ Entre 2 y 12 meses

→ Anote el total de meses:

☐ Prefiere no responder

☐ Más de 12 meses

☐ Datos no recolectados

Ingresos y fuentes de recursos -¿Actualmente tiene ingresos de alguna fuente?

☐ Sí

☐ No

☐ No sabe

☐ Prefiere no responder

☐ 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 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)	☐	☐	\$
Seguro por desempleo	☐	☐	\$
Seguro de ingreso suplementario (SSI)	☐	☐	\$
Seguro social por discapacidad (SSDI)	☐	☐	\$
Servicios a veteranos - compensación por discapacidad relacionada con servicio	☐	☐	\$
Servicios a veteranos - pensión por discapacidad no relacionada con servicio	☐	☐	\$
Seguro privado por discapacidad	☐	☐	\$

Compensación al trabajador	☐	☐	\$
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	☐	☐	\$
Asistencia general (GA)	☐	☐	\$
Ingresos por retiro, del seguro social	☐	☐	\$
Ingresos por retiro o pensión de empleo anterior	☐	☐	\$
Manutención infantil	☐	☐	\$
Manutención alimenticia u otro apoyo conyugal	☐	☐	\$
Otras fuentes:	☐	☐	\$
Total de ingresos mensuales de todas las fuentes			\$

Beneficios sin dinero en efectivo - ¿Tiene beneficios sin dinero en efectivo de alguna fuente?				
☐ Sí	☐ No	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ 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)	☐	☐	\$
Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC)	☐	☐	\$
Servicios infantiles de asistencia temporal para familias necesitadas, TANF (o el nombre local)	☐	☐	\$
Servicios de transporte TANF (o el nombre local)	☐	☐	\$
Otros servicios TANF (o el nombre local)	☐	☐	\$
Otras fuentes:	☐	☐	\$

Violencia doméstica - ¿Es sobreviviente de violencia doméstica?				
☐ Sí	☐ No	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ Datos no recolectados

De responder "Sí" ¿cuándo ocurrió?

☐ En los últimos tres meses	☐ No sabe
☐ Hace tres o seis meses (excluyendo seis meses exactos)	☐ Prefiere no responder
☐ Hace seis meses o un año (excluyendo un año exacto)	☐ Datos no recolectados
☐ Hace más de un año	

De responder "Sí", ¿En estos momentos, está huyendo?

Desastre natural/tormenta en NC- ¿Carece de vivienda debido a un desastre natural/tormenta?

☐ Sí	☐ No	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ Datos no recolectados
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--	--

De responder "Sí": Durante desastres naturales/tormentas, existen recursos y grupos de alianza que pueden ayudarle. ¿Tenemos su permiso para usar esta información y coordinar con tales grupos la ayuda para ofrecerle recursos y asistencia?

☐ Sí	☐ No	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ Datos no recolectados
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--	--

De responder "Sí": ¿Qué desastres naturales/tormentas le ocasionaron tener que evacuar y buscar albergue/refugio?

☐ Huracán Florence	☐ Huracán Matthew	☐ Huracán Dorian	☐ 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	☐ Sitio no ideado para ser habitado (p. ej., vehículo, inmueble abandonado, estación de camiones/tranvías/trenes/aeropuerto o cualquier sitio exterior)
	☐ Albergue de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado <i>con</i> vale para albergue de emergencia, o albergue/casa de hospedaje
Vivienda institucional	☐ Hogar de acogida u hogar grupal de acogida
	☐ Hospital u otro inmueble médico residencial que no sea de psiquiatría
	☐ Cárcel, prisión o inmueble de detención juvenil
	☐ Centro de cuidados a largo plazo o en hogar para ancianos
	☐ Hospital psiquiátrico u otro inmueble de psiquiatría
	☐ Inmueble para tratamiento por abuso de sustancias, o centro de desintoxicación
Vivienda temporal	☐ Vivienda transitoria para personas sin techo (incluyendo jóvenes sin vivienda)
	☐ Proyecto residencial o casa a medias, sin criterios para personas sin vivienda
	☐ Hotel o motel pagado <i>sin</i> un vale para albergue de emergencia
	☐ Casa de hospedaje (no para casos de crisis)
	☐ Estancia o viviendo en cuarto, departamento o casa de amigos
	☐ Estancia o viviendo en cuarto, departamento o casa de familiares
Vivienda permanente	☐ Renta por cuenta del cliente, sin subsidio continuo para vivienda
	☐ Renta por cuenta del cliente, con subsidio continuo para vivienda (especificar)
	☐ Subvención diaria para vivienda de transición (<i>GPD TIP</i>)
	☐ Subsidio para vivienda de apoyo a veteranos (<i>VASH</i>)
	☐ Subsidio para realojamiento rápido (<i>RRH</i>), o su equivalente
	☐ Vales electivos para vivienda (<i>HCV</i>)
	☐ Unidades de vivienda pública
	☐ Renta por cuenta del cliente, con otro subsidio continuo para vivienda
	☐ Propiedad del cliente, sin subsidio continuo para vivienda
	☐ Propiedad del cliente, con subsidio continuo para vivienda
Otra vivienda	☐ Otra (especificar)
	☐ No sabe
	☐ Prefiere no responder
	☐ Datos no recolectados

Duración de estancia - Hasta antes del desastre natural/tormenta, ¿cuánto tiempo pasó en su anterior situación de vida?	
☐ Menos de una noche	☐ Más de un año
☐ De 2 a 6 noches	☐ No sabe
☐ Más de una semana, pero menos de un mes	☐ Prefiere no responder
☐ Más de un mes, pero menos de 90 días	☐ Datos no recolectados
☐ 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?	
☐ Se destruyó	☐ No sabe
☐ Fue seriamente dañado	☐ Prefiere no responder
☐ No fue seriamente dañado	☐ Datos no recolectados

Si el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene cobertura de seguro contra pérdidas?	
☐ Tengo cobertura de seguro contra la mayoría de pérdidas	☐ No sabe

☐ Tengo cobertura de seguro contra algunas pérdidas	☐ Prefiere no responder
☐ No tengo cobertura de seguro	☐ Datos no recolectados

¿Se ha registrado ante la Agencia federal para manejo de emergencias (FEMA) para obtener asistencia?				
☐ Sí	☐ No	☐ No sabe	☐ Prefiere no responder	☐ Datos no recolectados

Si el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene cobertura de seguro contra pérdidas?	
☐ Tengo cobertura de seguro contra la mayoría de pérdidas	☐ No sabe
☐ Tengo cobertura de seguro contra algunas pérdidas	☐ Prefiere no responder
☐ No tengo cobertura de seguro	☐ Datos no recolectados

Respuesta a estas preguntas solo por el jefe de familia

Caso de entrada coordinada - Solo para uso de oficina HMIS										
Fecha de inicio / Fecha del caso							/			
Caso										
Acceso a casos	☐ Remisión a proyecto de asistencia preventiva									
	☐ Intervención o servicio de resolución de problemas/desviación/realojamiento rápido							→ Ir al apartado A		
	☐ 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		
Casos de remisión	☐ Remisión a administración de casos de colocación posterior/seguimiento									
	☐ Remisión a proyecto o servicios de alcance comunitario en calles									
	☐ Remisión a proyecto o servicios de navegación del sistema de vivienda									
	☐ Remisión a servicios que no son de continuidad: Incumplimiento de requisitos para servicios de continuidad									
	☐ Remisión a servicios que no son de continuidad: Indisponibilidad de servicios de continuidad									
	☐ Remisión a apertura de espacio en albergue de emergencia							→ Ir al apartado C		
	☐ Remisión a apertura de espacio/unidad en vivienda de transición									
	☐ Remisión a apertura de proyecto/unidad/recurso unificado de vivienda transitoria/realojamiento rápido									
	☐ Remisión a apertura de recurso de realojamiento rápido									
	☐ Remisión a apertura de recurso de vivienda de apoyo permanente									
	☐ Remisión a apertura de otro proyecto/unidad/recurso de vivienda									
	☐ Remisión a asistencia de emergencia/fondos flexibles/asistencia de muebles									
☐ 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?					☐ Sí		☐ 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?					☐ Sí		☐ 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)					☐ Cliente fue aceptado		☐ Cliente fue rechazado		☐ Proveedor fue rechazado	
E. Fecha del resultado (de aplicarse)							/			/