Evaluación de inicio de proyecto - VA GPD THEste formulario debe ser usado por los Proyectos de Subvención Diaria (GPD) financiados por VA para cada cliente. (niños páginas 1-2; todos los adultos páginas 1-8; veteranos páginas 1-8; jefes de familia páginas 1-10)

Responda para todos los miembros del grupo familiar

Fech	cha de inicio del proyecto											ID H	ID HMIS DEL CLIENTE - Solo para us					ısuari	os de HN	/IIS	
		1			1																
Mes	1 S		Día		-	Д	ιñο					l						<u> </u>			
Nom	hro .	. /Drii	mor n	ombr	0 500	undo	nom	hro An	allic	lo, Sufijo	, <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>			Г	Calida	d da	det	os del nor	nhre		
			iiei ii	OIIIDI	e, seg	junuo	HOIH	bie, Api	BIIIC	io, Sunje	<u>') </u>			_	_			pleto propo			
Prime	er non	nbre																do o alias			
Segui	ndo n	ombr	е										□ No lo sé □ Prefiero no responder								
Apelli	do														□ Dat	tos n	o rec	copilados			
Sufijo Sr, III	ufijo (por ej., Jr, r, III)																				
Núr	Número de seguro social										Estat	us	en cali	dad	de (datos					
	<u> </u>					ŗ	Reportac oor completc	parcialmente										Datos recole	s no ectados		
Ect	atue	dov	etera	no																	
	atus Sí	ue v	retera	1110		T		No					Тп	No	sabe		П	Prefiere no		Datos	e no
	Oi						□ NO				140	Sabc			responder			ectados			
Sex	(0 - S	elecc	ione u	ın sex	o bioló	gico							1								
	Mach	no						Hembra						No	sabe			Prefiere no responder		Datos	s no ectados
						1												responder		10001	colado
Fec	ha d	le na	cimie	ento (10/23/	1978)					Est	atus en	calic	lad	de dat	os					
							р	Reportad or ompleto		□ Apro paro repo	ialm	ente								Datos recole	s no ectados
						•		•					•								
Raz	za y (etnic	idad	Sele	ccione	una d	o más	categor	ías	de raza y	etn	iia									
	Indi	io am	erican	a, nat	ivo de	Alask	ka o ir	ndígena				Blanca									
	Asia	ática	o asiá	tica a	merica	na						No sab									
				ericar	a o af	ricana	l					Prefier									
			<u>latina</u>									Datos i			tados						
					africar slas de		'£:					talle adio		de							
	ivai	IVO Q	е нам	al o is	sias de	el Paci	IIICO				Taz	za y etnic	iuau.								
Gér	énero - Seleccione una o más identidades de género								n												
					ına me			9-		<u></u>		Cuestio	onándo	ose							
		•			r un m							Identid			te						
												especi									
				ral es	pecífic	са (р. с	ej., de	doble e	spír	itu)		No sab									
		nsgér										Prefier		_							
					1					Datos ı	no rec	olec	tados								

	Relación con el jefe de familia										
☐ Misma persona (jefe de	familia)		Otro pariente del jef relación con el jefe								
☐ Hijo del jefe de familia											
☐ Cónyuge o pareja del je	ete de tamilia		Otro: miembro sin re	elacion de parenteso	00						
Estado de discapacidad	- ¿Tiene usted una condición di	iscapa	acitante?								
□ Sí	□ No		No lo sé	☐ Prefiero no		Datos no recopilado	20				
Posnonda "Sí" o "No" nara	ı cada tipo de discapacidad (en l	hlanc	0)	responder		recopilauc)S				
Solo seleccione SÍ si se prev	é que el tipo de discapacidad sea	de du	ración larga e indefir	nida y							
afecte sustancialmente su capacidad de vivir independientemente. Solo para usuarios de HMIS en oficina: Si el cliente marca Sí para cualquier tipo de discapacidad, marque las preguntas de											
	en oficina: Si el cliente marca Si p dad y Duración prolongada o indefi						la fecha				
de inicio del proyecto.	,										
Tipo de discapacidad						Sí	No				
Física											
Condición de salud crónica											
VIH/SIDA											
De desarrollo											
	aahal										
Trastorno por consumo de al											
Trastorno por consumo de su Trastorno de salud mental											
Trastorno de Saldo mental											
			<i>(</i> !! _ 2								
	sted cubierto actualmente por u	1		I							
Seguro médico – ¿Está u	sted cubierto actualmente por u	1	uro médico? No lo sé	☐ Prefiero no responder		Datos no ecopilado	S				
☐ Sí Responda "Sí" o "No" para	□ No cada fuente de seguro médico.						s				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie	□ No cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente	- I	No lo sé	responder			s				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS	□ No cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa	e. se reci	No lo sé bieron en el pasado.	responder	r	ecopilado					
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen	□ No cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa	e. se reci	No lo sé bieron en el pasado.	responder	r	ecopilado					
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS	□ No cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa	e. se reci	No lo sé bieron en el pasado.	responder	r	ecopilado					
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio	□ No cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa	e. se reci	No lo sé bieron en el pasado.	responder	r	oo de segu	ıro				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio	□ No cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa	e. se reci	No lo sé bieron en el pasado.	responder	r	oo de segu	iro No				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare	□ No cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa	e. se reci ara cu	No lo sé bieron en el pasado. lalquier tipo de segui	responder	r	oo de segu	No				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare	□ No I cada fuente de seguro médico. Ir fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si sen oficina: Si el cliente marca Sí po del proyecto.	e. se reci ara cu	No lo sé bieron en el pasado. lalquier tipo de segui	responder	r	oo de segu	No				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro i	□ No I cada fuente de seguro médico. Ir fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa o del proyecto.	e. se reci ara cu	No lo sé bieron en el pasado. lalquier tipo de segui	responder	r	oo de segu	No 🗆				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro de Administración de Salud para	□ No I cada fuente de seguro médico. Ir fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa o del proyecto. médico para niños (o North Carolin a Veteranos (VHA) o por el empleador	e. se reci ara cu	No lo sé bieron en el pasado. lalquier tipo de segui	responder	r	oo de segu	No				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro I Administración de Salud para Seguro médico proporcionad	□ No I cada fuente de seguro médico. Ir fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa o del proyecto. Imédico para niños (o North Carolin a Veteranos (VHA) o por el empleador avés de COBRA	e. se reci ara cu	No lo sé bieron en el pasado. lalquier tipo de segui	responder	r	sí	No O				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro de Administración de Salud para Seguro médico obtenido a tra	□ No a cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa o del proyecto. médico para niños (o North Carolin a Veteranos (VHA) o por el empleador avés de COBRA	e. se reci ara cu	No lo sé bieron en el pasado. lalquier tipo de segui	responder	r	so de segu	No				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro de Administración de Salud para Seguro médico proporcionad Seguro médico obtenido a tra Seguro médico de pago priva	□ No I cada fuente de seguro médico. Ir fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa o del proyecto. Imédico para niños (o North Carolin a Veteranos (VHA) I o por el empleador avés de COBRA ado adultos	e. se reci ara cu	No lo sé bieron en el pasado. lalquier tipo de segui	responder	r	sí	No O				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro e Administración de Salud para Seguro médico proporcionad Seguro médico obtenido a tra Seguro médico de pago priva Seguro médico estatal para a	□ No a cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa o del proyecto. médico para niños (o North Carolin a Veteranos (VHA) o por el empleador avés de COBRA ado adultos lud para indígenas	e. se reci ara cu	No lo sé bieron en el pasado. lalquier tipo de segui	responder	r	so de segu	No				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro de Salud para Seguro médico proporcionad Seguro médico obtenido a tra Seguro médico de pago priva Seguro médico estatal para a Programa de servicios de salud	□ No a cada fuente de seguro médico. r fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa o del proyecto. médico para niños (o North Carolin a Veteranos (VHA) o por el empleador avés de COBRA ado adultos lud para indígenas	e. se reci ara cu	No lo sé bieron en el pasado. lalquier tipo de segui	responder	r	Sí	No				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro e Administración de Salud para Seguro médico proporcionad Seguro médico obtenido a tra Seguro médico de pago priva Seguro médico estatal para a Programa de servicios de salud toro En caso afirmativo, especial condado de servicio de	□ No I cada fuente de seguro médico. Ir fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa o del proyecto. Imédico para niños (o North Carolin a Veteranos (VHA) I o por el empleador avés de COBRA I ado I adultos I ud para indígenas ecifique la fuente: NC	e. se reciara cu	bieron en el pasado. lalquier tipo de segul	responder	r	Sí	No				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro de Administración de Salud para Seguro médico proporcionado Seguro médico obtenido a tra Seguro médico de pago priva Seguro médico estatal para a Programa de servicios de salud tro En caso afirmativo, especiente de ¿En qué condado de Caroli	□ No I cada fuente de seguro médico. Ir fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa del proyecto. Imédico para niños (o North Carolin a Veteranos (VHA) o por el empleador avés de COBRA ado adultos lud para indígenas ecifique la fuente:	e. se reciara cu	bieron en el pasado. lalquier tipo de segul	responder	r	Sí	No				
Responda "Sí" o "No" para Responda "Sí" para cualquie Responda "No" para las fuen Solo para usuarios de HMIS médico será la fecha de inicio Tipo de seguro médico Medicaid Medicare Programa estatal de seguro e Administración de Salud para Seguro médico proporcionad Seguro médico obtenido a tra Seguro médico de pago priva Seguro médico estatal para a Programa de servicios de sal Otro En caso afirmativo, espe	□ No I cada fuente de seguro médico. Ir fuente que se reciba actualmente tes que han finalizado, incluso si s en oficina: Si el cliente marca Sí pa o del proyecto. Imédico para niños (o North Carolin a Veteranos (VHA) I o por el empleador avés de COBRA I ado I adultos I ud para indígenas ecifique la fuente: NC	e. se reciara cu	bieron en el pasado. lalquier tipo de segul	responder	r	Sí	No				

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS para el jefe de familia y otros adultos

In	nscripción en CoC – En cuál CoC se está quedando el jefe de familia en el momento de la entrada al proyecto?											
	-		3-Chapel Hill/Condado de ☐ Otro:									
	istorial de situación sin vivienda jo para completar otras secciones	- Seleccione 1 tipo de situación de viv	rienda. Siga las flechas y las instrucciones en									
	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 abandonado,	Hogar de acogida (<i>foster</i>) o hogar grupal de acogida	☐ Vivienda de transición para personas sin vivienda (incluidos jóvenes sin hogar)									
	estación de autobús/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)	☐ 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	Cárcel, prisión o centro de detención de menores	Hotel o motel pagado <i>sin</i> vale de albergue de emergencia									
	de emergencia u hogar de acogida (host)	└─ residencia de ancianos	☐ Hogar de acogida (host) (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 ↓									
		ección 2: Duración de la estadía en la situación de vivienda anterior-¿Cuánto tiempo permaneció en ese lugar? alguna de las respuestas en los cuadros sombreados a continuación está marcada, debe pasar a la Sección 3; todas las demás										
,,		deben pasar a Ingresos y fuente	es .									
	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 semana o más, pero menos de 1 me	s 🗆	☐ 1 semana o más, pero menos de 1 mes									
☐ 1 mes o más, pero menos de 90 días	☐ 1 mes o más, pero menos de 90 días		1 mes o	más, pero meno	s de 9	0 días						
☐ 90 días o más, pero menos de 1 año	☐ 90 días o más, pero menos de 1 año			o más, pero men								
☐ 1 año o más	☐ 1 año o más		1 año o									
☐ No lo sé	☐ No lo sé		11-1									
☐ Prefiero no responder	☐ Prefiero no responder											
☐ Datos no recopilados	□ Datos no recopilados		Datos n	o recopilados								
Sección 3: Brecha en la falta Si alguna de las respuestas en los c	permaneció en la calle uadros sombreados a continuación está	o en marca	un albe	rgue de emerç	gencia	a?						
	demás deben pasar a Ingresos y			,								
	☐ Sí [Ir a la sección 4]			a la sección 4]								
lo a la accestó o A	□ No		No									
Ir a la sección 4	□ No lo sé		No lo s									
	☐ Prefiero no responder			no responder								
	☐ Datos no recopilados		Datos r	no recopilados								
				4	7							
Socción 4 - E	Posnonda las tros proguntas a cor	tinus	ción n	ara complota	r oet	a socción						
Sección 4 - Responda las tres preguntas a continuación para completar esta sección												
¿Fecha aproximada en que comenzó este episodio de falta de vivienda?												
C												
	D' A~											
Mes	Día Año											
Independientemente de dónde se un albergue de emergencia en los		e que	dó sin	hogar en las	calle	es o en						
	a primera vez que ha experimentado la falta o	lo vivio	nda on la	se últimos 3 años		No lo sé						
	a primera vez que na experimentado la faita o	ie vivie	ilua eli iu	is ultillios 3 alios								
□ Dos veces						Prefiero no responder						
☐ Tres veces						Datos no recopilados						
☐ Cuatro o más veces					.1	recepilates						
¿Cuántos meses, en total, ha esta últimos 3 años?	ado sin vivienda, en la calle o en u	n alb	ergue (de emergenc	ia en	los						
☐ 1 mes o menos (seleccione esta opciór últimos 3 años)	n si esta es la primera vez que ha experiment	ado la f	alta de vi	vienda en los		No lo sé						
☐ Entre 2 y 12 meses —	Ingrese cantidad total de meses:					Prefiero no responder						
☐ Más de 12 meses						Datos no						
						recopilados						
Ingresos y fuentes - ¿Tiene usted a	ctualmente algún ingreso de cualguio	er fuer	nte?									
						D-4						
□ Sí □ No	☐ No lo sé	⊔ Pı	etiero n	o responder		Datos no recopilados						
Para completar la siguiente tabla, del Responda "Sí" solo si la fuente de ingre niños (excepto los ingresos laborales) s Responda "No" para las fuentes que ha Si la respuesta para alguna fuente es Solo para usuarios de HMIS en oficina: la fecha de inicio del proyecto.	sos es recurrente y se recibe a la fecha e pueden incluir en la información del je n finalizado, incluso si se recibieron en e "Sí", complete el monto en la secció	es de e de fa l pasa n som	cir, no h amilia. do. breada	a finalizado). Lo a continuació	os ing n.							
				En cost of	ww 4'	vo Immente						
Fuente de ingresos		Sí	No	En caso afi mensual de (redondeado	la fu							
Ingresos ganados (es decir, ingresos lal	porales)			\$								
Seguro de desempleo	,			\$								
Seguridad de Ingreso Suplementario (S	SI)			\$								
Ingresos por Discapacidad del Seguro S	,			\$								
Compensación por discapacidad relacion	, ,			\$								
			1									

	discapacidad no	relacionada con el servicio de Vi	4			\$							
Seguro privac	do de discapacio	lad				\$							
Compensació	ón de trabajador	es				\$							
Asistencia Te	mporal para Fai	milias Necesitadas (TANF)				\$							
Asistencia Ge	eneral (AG)					\$							
Ingresos de ju	ubilación de la S	eguridad Social				\$							
Ingresos de p	ensión o jubilac	ión de un trabajo anterior				\$							
Manutención	infantil					\$							
Pensión alime	enticia u otra ma	nutención conyugal				\$							
Otra fuente:						\$							
	Ingr	eso mensual total de todas las	fuentes			\$							
Beneficios no monetarios - ¿Tiene algún beneficio no monetario de cualquier fuente?													
□ Sí □ No □ No lo sé □ Prefiero no □ Datos no													
		_ 110	= 140 10 3C			responder	recopilados						
Para completar la siguiente tabla, debe responder "Sí" o "No" para cada beneficio no monetario. Responda "Sí" solo si el beneficio no monetario es recurrente y se recibe a la fecha (es decir, no ha finalizado). Responda "No" para los beneficios no monetarios que han finalizado, incluso si se recibieron en el pasado. Si la respuesta para cualquier beneficio no monetario es "Sí", complete la sección sombreada. Solo para usuarios de HMIS en oficina: Si el cliente marca Sí para cualquier beneficio no monetario, la fecha de inicio del beneficio será la fecha de inicio del proyecto. En caso afirmativo, importe													
Fuente de be	eneficio no mor	netario		Sí	No	mens	afirmativo, importe sual de la fuente o al monto más cercano)						
Programa de	Asistencia Nutri	cional Suplementaria (SNAP)				\$							
Programa de Niños (WIC)	Asistencia Nutri	cional Especial para Mujeres, Be	ebés y										
Servicios de o	cuidado infantil	TANF (o use nombre local)				\$							
Servicios de t	transporte TANF	(o use nombre local)				\$							
Otros servicio	os financiados pe	or TANF (o use nombre local)				\$							
Otra fuente:					□								
Otra fuente:													
	oméstica - ¿E	s usted un sobreviviente de vic	olencia domést	ica?									
	oméstica - ¿E	s usted un sobreviviente de vid	olencia domést	ica?		☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados						
Violencia do □ Sí		□ No	1	ica?									
Violencia do □ Sí ↓ En caso afi	irmativo, ¿cuár	□ No do ocurrió la experiencia?	□ No lo sé										
Violencia do Sí En caso afi En los	i rmativo, ¿cuár súltimos tres me	□ No do ocurrió la experiencia?	□ No lo sé	š		responder							
Violencia de Sí En caso afi En los Hace e	irmativo, ¿cuár últimos tres me entre tres y seis neses)	□ No do ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente	□ No lo sé □ No lo se □ Prefiero	é o no res	ponder	responder							
Violencia de Sí En caso afi En los Hace e seis m Hace e exacta	irmativo, ¿cuár súltimos tres me entre tres y seis neses) entre seis mese amente un año)	□ No Ido ocurrió la experiencia? Ises	□ No lo sé	é o no res	ponder	responder							
Violencia de Sí En caso afi En los Hace e seis m Hace e exacta	irmativo, ¿cuár últimos tres me entre tres y seis neses) entre seis mese	□ No do ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente	□ No lo sé □ No lo se □ Prefiero	é o no res	ponder	responder							
Violencia de Sí En caso afi En los Hace e seis m Hace e exacta Hace u	irmativo, ¿cuár s últimos tres me entre tres y seis neses) entre seis mese amente un año) un año o más	□ No Ido ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente s y un año (excluyendo	□ No lo sé □ No lo se □ Prefiero	é o no res	ponder	responder							
Violencia de Sí En caso afi En los Hace e exacta Hace u	irmativo, ¿cuár s últimos tres me entre tres y seis neses) entre seis mese amente un año) un año o más	ndo ocurrió la experiencia? eses meses (excluyendo exactamente s y un año (excluyendo usted huyendo actualmente?	□ No lo sé □ No lo se □ Prefiero □ Datos r	é o no res o recop	ponder	responder	recopilados						
Violencia de Sí En caso afi En los Hace e seis m Hace e exacta Hace u	irmativo, ¿cuár s últimos tres me entre tres y seis neses) entre seis mese amente un año) un año o más	□ No Ido ocurrió la experiencia? ses meses (excluyendo exactamente s y un año (excluyendo	□ No lo sé □ No lo se □ Prefiero	é o no res o recop	ponder	responder							
Violencia de Sí En caso afi En los Hace e seis m Hace e exacta Hace u Sí Situación ae	irmativo, ¿cuár s últimos tres me entre tres y seis neses) entre seis mese amente un año) un año o más	□ No Ido ocurrió la experiencia? Ises Imeses (excluyendo exactamente Is y un año (excluyendo Usted huyendo actualmente? □ No	□ No lo sé □ No lo se □ Prefiero □ Datos r	é o no res o recop	ponder	responder Prefiero no	recopilados □ Datos no						
Violencia de Sí En caso afi En los Hace e exacta Hace u Fin caso afi Sí Situación ae ¿Cuándo lo co	irmativo, ¿cuár i últimos tres me entre tres y seis neses) entre seis mese amente un año) un año o más irmativo, ¿está ctual de vivie contactaron?	□ No Ido ocurrió la experiencia? Ises Imeses (excluyendo exactamente Is y un año (excluyendo Usted huyendo actualmente? □ No	□ No lo sé □ No lo se □ Prefiero □ Datos r □ No lo se	é no recop	ponder	□ Prefiero no responder	□ Datos no recopilados						
Violencia de Sí En caso afi Hace e exacta Hace u Fin caso afi Situación ac ¿Cuándo lo co Tipo de situs Si la respuest	irmativo, ¿cuár súltimos tres me entre tres y seis neses) entre seis mese amente un año) un año o más irmativo, ¿está ctual de vivie contactaron?	□ No Ido ocurrió la experiencia? Ises Imeses (excluyendo exactamente Is y un año (excluyendo Usted huyendo actualmente? □ No Inda Ind	□ No lo sé □ No lo se □ Prefiero □ Datos r □ No lo se □ Prefiero □ Datos r □ un vehículo, un	o no resorte de la composición del composición de la composición del composición de la composición de	ponder bilados	□ Prefiero no responder eguimiento se en	Datos no recopilados						
Violencia de Sí En caso afi En los Hace e exacta Hace u Face o exacta Situación ac ¿Cuándo lo co	irmativo, ¿cuár s últimos tres me entre tres y seis neses) entre seis mese amente un año) un año o más irmativo, ¿está ctual de vivie contactaron? lación de vivi ta es una situac Lugar no c autobús/tr Albergue	□ No Ido ocurrió la experiencia? Ises Imeses (excluyendo exactamente Is y un año (excluyendo Usted huyendo actualmente? □ No Inda Ind	□ No lo sé □ No lo se □ Prefiero □ Datos r □ No lo se □ Prefiero □ Datos r □ un vehículo, un lugar al aire libro	tacto?	ponder bilados as de s	Prefiero no responder eguimiento se en onado, una estac	Datos no recopilados Datos no recopilados Lumeran a continuación. Dión de						

		Hospital u o	tro centro médi	co residencial no j	osiquiátrico								
		Cárcel, prisi	ión o centro de	detención de men	ores								
		•		plazo o residenci		os							
				centro psiquiátrico									
				abuso de sustancia		de de	esintoxica	ción					
			•	personas sin vivi									
			•	ro de rehabilitació									
							alla ue viv	/leliua					
Temporaria				ale de albergue de	e emergenc	ıa							
			cogida (<i>host</i>) (si	,									
				la habitación, apa									
				la habitación, apa			de un fan	niliar					
				sin subsidio de vi									
				con otro subsidio	de vivienda	a vige	` .	. ,					
		☐ Subsi	idio de vivienda	GPD TIP			Vale de	estabilidad de	vivien	da			
		□ Subsi	idio de vivienda	VASH			Vale del	Programa de	Unifica	ación Familiar (FUP)			
			idio de realojam alente	iento rápido (RRF	l) o		Foster Y	outh to Indepe	endend	ce Initiative (FYI)			
Permanente		□ Vales	de elección de	vivienda (HCV)			Vivienda de apoyo permanente (PSH)						
		□ Unida	ad de vivienda p	oública				viendas perma		s dedicadas a no tenían vivienda			
		□ Renta	a por parte del c	cliente, con otro			рогоопа	o que antenen	nonto	no teman vivienda			
		Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente											
		Propiedad d	del cliente, sin s	ubsidio de viviend	a vigente								
		Propiedad d	del cliente, con s	subsidio de viviend	da vigente								
		Otra (espec	ifique):										
Otra		No lo sé											
Olla		Prefiero no	responder										
		Datos no re	copilados										
Situación d Nombrar la age			•										
		,											
				stitucional, tem tual de vivienda d									
□ Sí			□ No		□ No lo s	é		☐ Prefiero n	0	□ Datos no			
T								responder	•	recopilados			
•													
En caso afiri	mativ	vo a "va a tei	ner que aband	onar su situaciór	n actual de	vivie	enda dent	ro de los 14 d	ias"				
				encia posterior?									
	Ш	Sí 🗆	□ No	□ No lo sé		Ш.	Prefiero	no responder	Ш.	Datos no recopilados			
	Tiخ			irsos o redes de	apoyo para	a obt			nanen				
Responda	Ш	Sí 🗆		☐ No lo sé		Ш		no responder	Ш	Datos no recopilados			
todo					de una un	idad		•	te en	los últimos 60 días?			
		Sí [☐ No lo sé			Prefiero	no responder		Datos no recopilados			
			_	s en los últimos	60 días?		D 6			Datas as assaults des			
	Ш	Sí [□ No □	□ No lo sé		Ш	Pretiero	no responder	_ Ц	Datos no recopilados			
CITUACIÓN	A 0.T	IIAI BEYWA	ENDA D.C.	a da ulata a 17									
SITUACION	ACT	UAL DE VIVI	ENDA - Detalle	es de ubicación									

Desastre nat		ta en Carolina del Norte- ¿Se e	encuentra sin viv	vienda debido a un desastr	e natural o una								
□ Sí		□ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados								
Ψ				roopondor	Toophago								
		cursos y socios disponibles dura tilizar esta información para coo											
□ Sí		□ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados								
T													
En caso afirm	ativo: ¿Qué c	lesastre natural o tormenta le obl	igó a evacuar y	buscar otro lugar protegide	0?								
☐ Huracán l	Florence	☐ Huracán Matthew [☐ Huracán Doria	n 🗆 Otro:									
antes del desa		ina del Norte vivía usted inmedia o la tormenta?	tamente										
united del deed	ono natarar												
Tipo de s	situación de	vivienda anterior - ¿Dónde viv	ía inmediatamer	ite antes del desastre natu	al o la tormenta?								
Lugar no destinado a ser habitado (por ej., un vehículo, un edificio abandonado, una estación de autobús/tren/metro/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)													
Sin vivienda	Albergue de emergencia, incluido hotel o motel pagado <i>con</i> un vale de albergue de emergencia u hogar de acogida (<i>host</i>)												
_	□ acogida (<i>host</i>) □ Hogar de acogida (<i>foster</i>) o hogar grupal de acogida												
Institucional		de cuidados a largo plazo o resider											
		I psiquiátrico u otro centro psiquiátr											
		de tratamiento por abuso de sustan		desintoxicación									
		a de transición para personas sin vi											
	□ Proyect	o residencial o centro de rehabilitad	ción sin criterio de	e falta de vivienda									
	☐ Hotel o	motel pagado sin vale de albergue	de emergencia										
Temporaria	☐ Hogar o	de acogida (<i>host</i>) (sin crisis)	-										
	☐ Quedár	ndose o viviendo en la habitación, a	partamento o cas	a de un amigo									
	☐ Quedár	ndose o viviendo en la habitación, a	partamento o cas	a de un familiar									
	□ Renta p	or parte del cliente, sin subsidio de	vivienda vigente										
		oor parte del cliente, con subsidio de		e (especifique)									
	□ s	ubsidio de vivienda GPD TIP		Vale de estabilidad de vivie	nda								
		ubsidio de vivienda VASH		Vale del Programa de Unific	ación Familiar (FUP)								
		lubsidio de realojamiento rápido (RI quivalente	RH) o □	Foster Youth to Independen	ice Initiative (FYI)								
Permanente		rales de elección de vivienda (HCV)		Vivienda de apoyo permane	ente (PSH)								
		Inidad de vivienda pública		Otras viviendas permanente									
		denta por parte del cliente, con otro		personas que anteriormente	no tenian vivienda								
		ubsidio de vivienda vigente											
	☐ Propied	ad del cliente, sin subsidio de vivie	nda vigente										
	☐ Propied	ad del cliente, con subsidio de vivie	enda vigente										
	☐ Otra (es	specifique):											
Otra	□ No lo se	Š											
	☐ Prefiero no responder												
		o recopilados											
Duración de la	a potadía A	toe dol docastro notival a torres	ata Louánta tico	ano vivió en ou cituación d	o viviando enterior?								
□ 1 noche d		tes del desastre natural o tormer	tta, ¿cuanto tien □ 1 año o más	-	s vivienua anterior?								
□ 2 a 6 noc			□ No lo sé	5									
		menos de 1 mes	☐ Prefiero no	responder									
□ 1 mes o r	nás, pero mer	nos de 90 días	☐ Datos no re										
☐ 90 días o	más, pero me	enos de 1 año											

Fecha aproxima	ada de	evacu	acion	Er-¿Er	า que	tech	a ab	andoi	no s	su situac	ion de	vivien	da ai	nterio	or?					
			1				/													
	Me	es			l Día					Año										
¿Sabe si el lug destruido o no						e des	truid	lo por	el d	desastre	natur	al o tor	ment	ta, si	fue ç	grave	ment	e daña	ado per	ro no
☐ Destruido																	No Io	sé		
☐ Gravemente	dañado)															Prefie	ro no r	respond	der
☐ No fue grave	emente	dañad	0												[Datos	no rec	copilado	os
Si el lugar don	de vivía	a fue d	lestru	ido o	daña	ido d	e alg	juna n	nan	era, ¿tie	ne seç	guro pa	ra cu	ıbrir	las p	érdid	as?			
Tengo seguro para cubrir la mayoría de las pérdidas																	No Io	sé		
Tengo seguro para cubrir una parte de las pérdidas																			respond	
☐ No tengo se	guro																Datos	no rec	copilado	os
¿Se ha registra	ado en l	FEMA	-		ir asi	stenc	cia?						<u> </u>							
□ Sí				0						□ No lo	sé				fiero			Datos		
														res	ponde	er		recop	ilados	
0: 11	1			• .•	~ .										• • • •	·				
Si el lugar don									nan	era, ¿tie	ne seç	guro pa	ra cu	ıbrır	T .					
☐ Tengo segur☐ Tengo segur																	No lo		roopone	lor
□ No tengo segui		CUDIII	una p	arte de	e ias	peruic	uas									☐ Prefiero no responder☐ Datos no recopilados				
	9 0																Batoo	110 100	<i>y</i> opiiaac	
Responda es										ronoro	iono d	lotalla	o dol	Loor	viole		ntin	ussiá		
Información de				i ciie	nte e	es ur	ı ve	terani	ο, μ	roporc								uacio	n	
Año de ingreso a	al servi	cio mi	litar		1						Año	separ	ado d	del s	ervic	io mil	litar		_	l
													/		<u> </u>	1				
Mes	Día				Año							Mes			Día	l			٩ño	
Responda 'Sí' o	'No' pa	ra cac	la Op	eració	ón Mi	litar ((en b	olanco).											
Operación milita	ır											Sirv	ió en	1:						
Segunda Guerra	Mundia					□Sí		□ No)	□No	lo sé	□Р	refierd	o no re	espon	der	□D	atos no	recopila	ados
Guerra de Corea						□Sí		□ No)	□No	lo sé	□Р	refierd	o no re	espon	der	□D	atos no	recopila	ados
Guerra de Vietna	m					□Sí		□ No)	□ No	lo sé	□P	refierd	o no re	espon	der	□D	atos no	recopila	ados
Guerra del Golfo						□Sí		□ No)	□No	lo sé				espon				recopila	
Afganistán						□Sí		□ No)	□No	lo sé	□Р	refierd	o no re	espon	der			recopila	
Libertad de Irak						□Sí		□ No)	□No	lo sé	□Р	refierd	o no re	espon	der	□D	atos no	recopila	ados
Amanecer de Irak	(□Sí		□ No)	□No	lo sé	□Р	refierd	o no re	espon	der	□D	atos no	recopila	ados
Otras operacione				de la		□Sí		□ No)	☐ No	lo sé	□Р	refierd	o no re	espon	der	□D	atos no	recopila	ados
paz o intervencior																				
Líbano, Panamá,	Somali	a, bos	nia, ĸ	osovo)															
Bama da las Eus	vrzoo A	rmada	•																	
Rama de las Fue □ Army	IZAS A	iiiaua	3							Space	Force									
☐ Airr Force										No lo s										
□ Navy												sponde	er							
□ Marines												opilados								
□ Coast Guard	d											•								

Estatus de Daj	a												
□ Honrosa		□ No caracterizado											
	n condiciones honrosas												
	iones no honrosas	□ Prefierd		•									
☐ Mala cond		☐ Datos n		pilado	S								
□ Deshonro	sa	☐ No Apli	ca										
	stación VAMC												
Código de tres	dígitos y ubicación del Centro Médico VA												
Resnonda e	stas preguntas solo para el jefe	de familia											
responde e	stas proguntas solo para el jele	ac iaiiiia											
Evaluación	de entrada coordinada - solo para usua	arios de HMIS	en of	ficina	l								
Fecha de ev	aluación				1			1					
Lugar de la	evaluación												
	□ CEF												
	☐ Línea de ayuda para vivienda (<i>Housing</i>	Helpline)											
	☐ HomeLink												
CoC de	☐ IFC Commons												
Orange	☐ Prisión												
	□ Proveedor médico												
	☐ Alcance comunitario												
	☐ Albergue												
	☐ Región 1				gión 8								
	☐ Región 2				jión 9								
	☐ Región 3				gión 10								
CoC de BoS	□ Región 4				jión 1								
	□ Región 5			Reg	gión 12	2							
	☐ Región 6			Reg	gión 13	3							
	☐ Región 7												
Durham	□ CoC de Durham												
					Telé	fono							
Tipo de eva	uación					ersor	na						
				H	Virtu								
Nivel de eva	luación				Eval	luació	n de n	ecesi	dades	en cı	risis		
111701 00 070					Eval	luació	n de n	ecesi	dades	de vi	vienda	а	
					Colc	cado	en la	lista d	e prio	rizaci	ón		
Estatus de p	priorización						do en						
					.,,,	2.000		1101	<u></u> ,				
F	atanda a a andra d			_									
Evento de e	ntrada coordinada - solo para usuarios	s de HMIS en o	oficin	a									
Fecha de ini	cio / Fecha del evento				/			1					
				Ī		Ī	1	ì		1	i	1	

Evento																
		Derivación a proyecto de asistencia de prever	nción													
Acceder a		Intervención o servicio de resolución de proble	emas/d	esvío/re	soluciór	n rápida	ı		► lı	r a A						
eventos		Derivación a evaluación de necesidades en cr						da								
		Derivación a evaluación de necesidades en vi programada	vienda	de entra	ıda cooı	rdinada			► li	r a B						
		Derivación a manejo posterior a la colocación	/seguin	niento de	caso		<u> </u>									
		Derivación a proyecto o servicios de alcance o	comuni	ario en l	las calle	es										
		Derivación a proyecto o servicios de navegaci														
		Derivación a servicios fuera del continuo de a	icios del	os del continuo de atención												
		Derivación a servicios fuera del continuo de a	servicios	s del c	ontinu	o de at	ención									
Eventos	☐ Derivación a apertura de cama en alberque de emergencia															
de		Derivación a apertura de cama/unidad en vivid														
derivación		Derivación a apertura de proyecto/unidad/recu transición-realojamiento rápido (TH-RRH)														
		Derivación a apertura de recurso en proyecto				► li	r a C									
		Derivación a apertura de recurso en proyecto	de PSI	1												
		Derivación a otra apertura de proyecto/unidad														
		Derivación a asistencia con muebles/fondo fle	а													
		Derivación a vale de estabilidad de vivienda														
Si la respue rápido", res		a "Evento" fue "resultado de la intervención	o servi	cio de r	esoluc	ión de	problen	nas/de	esvío/ı	ealoja	miento)				
		do de la intervención o servicio de														
		ión de problemas/desvío/resolución rápida		Sí				No								
		iente fue alojado/realojado en una iva segura?														
Si la respue responda B		a "Evento" fue "Derivación a resultado del m	anejo	oosterio	r a la c	olocac	ión/seg	uimie	nto de	caso"	,					
B. Der	ivac	ión a resultado del manejo posterior a la		.,												
		ión/seguimiento de caso – ¿Fue inscrito ecto de atención posterior?		δl				No								
Si la respue	sta a	a "Evento" fue Derivación a una apertura en														
		sición-realojamiento rápido (TH-RRH) conju vención de falta de vivienda (PH), responda		llojamie	nto ráp	ido (RI	RH), viv	rienda	de ap	oyo pe	rmane	ente				
C. Ubi	caci	ón de la derivación a vivienda permanente														
		da de crisis (nombre del proyecto o ación del proyecto)														
		do de la derivación (si se conoce)		Aceptad	0	□ F	Rechaza	ıdo		Recha	zado					
D. Kes	or el cli	ente		por el p	orovee	dor										
E. Fed	E. Fecha del resultado (si se conoce)															