

Evaluación de inicio de proyecto - VA SSVF

Este formulario debe ser usado por proyectos financiados por VA para cada cliente.
(niños páginas 1-2; todos los adultos páginas 1-7; veteranos páginas 1-9; jefes de familia páginas 1-12)

Responda para todos los miembros del grupo familiar

Fecha de inicio del proyecto							
		/			/		

Mes Día Año

ID HMIS DEL CLIENTE - Solo para usuarios de HMIS							

Nombre - (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo)	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Apellido	
Sufijo (por ej., Jr, Sr, III)	

Calidad de datos del nombre
<input type="checkbox"/> Nombre completo proporcionado
<input type="checkbox"/> Parcial, apodo o alias
<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Datos no recopilados (DNR)

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

Estatus de veterano				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

Sexo- Seleccione un sexo biológico				
<input type="checkbox"/> Macho	<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recolectados

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

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

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

Relación con el jefe de familia	
<input type="checkbox"/> Misma persona (jefe de familia)	<input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe de familia (otra relación con el jefe de familia)
<input type="checkbox"/> Hijo del jefe de familia	
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja del jefe de familia	<input type="checkbox"/> Otro: miembro sin relación de parentesco

Estado de discapacidad - ¿Tiene usted una condición discapacitante?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Responda "Sí" o "No" para cada tipo de discapacidad (en blanco).
Solo seleccione Sí si se prevé que el tipo de discapacidad sea de duración larga e indefinida 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 *Determinación de discapacidad y Duración prolongada o indefinida* como Sí. La fecha de inicio del tipo de discapacidad será la fecha de inicio del proyecto.

Tipo de discapacidad	Sí	No
Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno por consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno por consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seguro médico – ¿Está usted cubierto actualmente por un seguro médico?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Responda "Sí" o "No" para cada fuente de seguro médico.
 Responda "Sí" para cualquier fuente que se reciba actualmente.
 Responda "No" para las fuentes que han finalizado, incluso si se recibieron en el pasado.
 Solo para usuarios de HMIS en oficina: Si el cliente marca Sí para cualquier tipo de seguro, la fecha de inicio del tipo de seguro médico será la fecha de inicio del proyecto.

Tipo de seguro médico	Sí	No
Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa estatal de seguro médico para niños (o North Carolina Health Choice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de Salud para Veteranos (VHA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico proporcionado por el empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico obtenido a través de COBRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico de pago privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico estatal para adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro En caso afirmativo, especifique la fuente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condado de servicio de NC ¿En qué condado de Carolina del Norte está recibiendo los servicios de este proyecto?	
---	--

¿Cuál es el código postal de su último domicilio permanente?	
--	--

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?			
<input type="checkbox"/> NC 502-Condado y ciudad de Durham	<input type="checkbox"/> NC 503-NC Balance of State	<input type="checkbox"/> NC 513-Chapel Hill/Condado de Orange	<input type="checkbox"/> 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 vivienda previa- ¿Dónde vivía inmediatamente antes de entrar a este proyecto?		
Sin vivienda	Institucional	Vivienda temporaria
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a ser habitado (por ej., vehículo, edificio abandonado, estación de autobús/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida (<i>foster</i>) o hogar grupal de acogida	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin vivienda (incluidos jóvenes sin hogar)
<input type="checkbox"/> Albergue de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de albergue de emergencia u hogar de acogida (<i>host</i>)	<input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Proyecto residencial o centro de rehabilitación sin criterio de falta de vivienda
<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención de menores	<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado <i>sin</i> vale de albergue de emergencia
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Centro de cuidados a largo plazo o residencia de ancianos	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida (<i>host</i>) (sin crisis)
<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo
	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación	<input type="checkbox"/> Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un familiar
	<input type="checkbox"/> No lo sé	Vivienda permanente
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Renta por parte del cliente, sin subsidio de vivienda vigente
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<input type="checkbox"/> Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente (especifique)
↓	↓	<input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Vale de estabilidad de vivienda <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Subsidio de realojamiento rápido (RRH) o equivalente <input type="checkbox"/> Foster Youth to Independence Initiative (FYI) <input type="checkbox"/> Vales de elección de vivienda (HCV) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente (PSH) <input type="checkbox"/> Unidad de vivienda pública <input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían vivienda <input type="checkbox"/> Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente
		<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda vigente
		<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda vigente
		<input type="checkbox"/> No lo sé
		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
		↓

Sección 2: Duración de la estadía en la situación de vivienda anterior- ¿Cuánto tiempo permaneció en ese lugar?		
Si 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 fuentes		
<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 1 noche o menos
<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches
<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes
<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días
<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año
<input type="checkbox"/> 1 año o más	<input type="checkbox"/> 1 año o más	<input type="checkbox"/> 1 año o más
<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Sección 3: Brecha en la falta de vivienda La noche anterior a su ingreso a la situación de vivienda, ¿el cliente permaneció en la calle o en un albergue de emergencia?		
Si alguna de las respuestas en los cuadros sombreados a continuación está marcada, debe pasar a la SECCIÓN 4; todas las demás deben pasar a Ingresos y fuentes		
Ir a la sección 4	<input type="checkbox"/> Sí [Ir a la sección 4]	<input type="checkbox"/> Sí [Ir a la sección 4]
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No lo sé
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Sección 4 - Responda las tres preguntas a continuación para completar esta sección

¿Fecha aproximada en que comenzó este episodio de falta de vivienda?																				
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>			/			/					Mes		Día		Año					
		/			/															
Mes		Día		Año																

Independientemente de dónde se quedó anoche, ¿cuántas veces se quedó sin hogar en las calles o en un albergue de emergencia en los últimos 3 años, incluido hoy?	
<input type="checkbox"/> Una vez (seleccione esta opción si es la primera vez que ha experimentado la falta de vivienda en los últimos 3 años)	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Cuatro o más veces	
¿Cuántos meses, en total, ha estado sin vivienda, en la calle o en un albergue de emergencia en los últimos 3 años?	
<input type="checkbox"/> 1 mes o menos (seleccione esta opción si esta es la primera vez que ha experimentado la falta de vivienda en los últimos 3 años)	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Entre 2 y 12 meses → Ingrese cantidad total de meses:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Más de 12 meses	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Ingresos y fuentes - ¿Tiene usted actualmente algún ingreso de cualquier fuente?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Para completar la siguiente tabla, debe responder “Sí” o “No” para cada fuente de ingresos mensuales. Responda “Sí” solo si la fuente de ingresos es recurrente y se recibe a la fecha (es decir, no ha finalizado). Los ingresos de los niños (excepto los ingresos laborales) se pueden incluir en la información del jefe de familia. Responda “No” para las fuentes que han finalizado, incluso si se recibieron en el pasado.

Si la respuesta para alguna fuente es “Sí”, complete el monto en la sección sombreada a continuación.

Solo para usuarios de HMIS en oficina: Si el cliente marca Sí para cualquier fuente de ingresos, la fecha de inicio de la fuente será la fecha de inicio del proyecto.

Fuente de ingresos	Sí	No	En caso afirmativo, importe mensual de la fuente (redondeado al monto más cercano)
Ingresos ganados (es decir, ingresos laborales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguro privado de discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Asistencia General (AG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos de jubilación de la Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Manutención infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Pensión alimenticia u otra manutención conyugal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otra fuente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingreso mensual total de todas las fuentes			\$

Beneficios no monetarios - ¿Tiene algún beneficio no monetario de cualquier fuente?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no 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.

Fuente de beneficio no monetario	Sí	No	En caso afirmativo, importe mensual de la fuente (redondeado al monto más cercano)
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios de cuidado infantil TANF (o use nombre local)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios de transporte TANF (o use nombre local)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otros servicios financiados por TANF (o use nombre local)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otra fuente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Violencia doméstica - ¿Es usted un sobreviviente de violencia doméstica?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

↓

En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la experiencia?	
<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Hace entre tres y seis meses (excluyendo exactamente seis meses)	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Hace entre seis meses y un año (excluyendo exactamente un año)	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Hace un año o más	

↓

En caso afirmativo, ¿está usted huyendo actualmente?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Último grado completado	
<input type="checkbox"/> Menos de grado 5	<input type="checkbox"/> Título de asociado
<input type="checkbox"/> Grados 5-6	<input type="checkbox"/> Título de licenciatura
<input type="checkbox"/> Grados 7-8	<input type="checkbox"/> Título de posgrado
<input type="checkbox"/> Grados 9-11	<input type="checkbox"/> Certificación vocacional
<input type="checkbox"/> Grado 12 / Diploma de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe

<input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado	<input type="checkbox"/> El cliente rechazó contestar
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Algo de universidad	

Estado laboral - ¿El cliente está empleado actualmente?	
<input type="checkbox"/> Sí	Si es así, ¿qué tipo de empleo? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional/espórádico (incluido el trabajo por jornal) <input type="checkbox"/> Datos no recopilados Si no, ¿por qué no está empleado? <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> No lo sé	
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	

¿Conexión con SOAR?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe	<input type="checkbox"/> El cliente rechazó contestar	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Desastre natural/tormenta en Carolina del Norte- ¿Se encuentra sin vivienda debido a un desastre natural o una tormenta reciente?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

↓

En caso afirmativo: Hay recursos y socios disponibles durante desastres naturales/tormentas que pueden ayudarlo. ¿Nos da su permiso para utilizar esta información para coordinar con ellos y ayudarlo a conseguir recursos y asistencia?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

↓

En caso afirmativo: ¿Qué desastre natural o tormenta le obligó a evacuar y buscar otro lugar protegido?			
<input type="checkbox"/> Huracán Florence	<input type="checkbox"/> Huracán Matthew	<input type="checkbox"/> Huracán Dorian	<input type="checkbox"/> Otro:

¿En qué condado de Carolina del Norte vivía usted inmediatamente antes del desastre natural o la tormenta?	

Tipo de situación de vivienda anterior - ¿Dónde vivía inmediatamente antes del desastre natural o la tormenta?	
Sin vivienda	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> Albergue de emergencia, incluido hotel o motel pagado <i>con</i> un vale de albergue de emergencia u hogar de acogida (<i>host</i>)
Institucional	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida (<i>foster</i>) o hogar grupal de acogida
	<input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención de menores
	<input type="checkbox"/> Centro de cuidados a largo plazo o residencia de ancianos
	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
Temporaria	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación
	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin vivienda (incluidos jóvenes sin hogar)
	<input type="checkbox"/> Proyecto residencial o centro de rehabilitación sin criterio de falta de vivienda
	<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado <i>sin</i> vale de albergue de emergencia
	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida (<i>host</i>) (sin crisis)
	<input type="checkbox"/> Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo
	<input type="checkbox"/> Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un familiar

Permanente	<input type="checkbox"/> Renta por parte del cliente, sin subsidio de vivienda vigente
	<input type="checkbox"/> Renta por parte del cliente, con subsidio de vivienda vigente (especifique)
	<input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> Subsidio de realojamiento rápido (RRH) o equivalente <input type="checkbox"/> Vales de elección de vivienda (HCV) <input type="checkbox"/> Unidad de vivienda pública <input type="checkbox"/> Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente
	<input type="checkbox"/> Vale de estabilidad de vivienda <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Foster Youth to Independence Initiative (FYI) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente (PSH) <input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían vivienda
	<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda vigente
	<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda vigente
Otra	<input type="checkbox"/> Otra (especifique):
	<input type="checkbox"/> No lo sé
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Duración de la estadía - Antes del desastre natural o tormenta, ¿cuánto tiempo vivió en su situación de vivienda anterior?	
<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 1 año o más
<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año	

Fecha aproximada de evacuación - ¿En qué fecha abandonó su situación de vivienda anterior?									
		/			/				
Mes						Año			

¿Sabe si el lugar donde estaba viviendo fue destruido por el desastre natural o tormenta, si fue gravemente dañado pero no destruido o no fue gravemente dañado?	
<input type="checkbox"/> Destruído	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Gravemente dañado	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No fue gravemente dañado	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Si el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene seguro para cubrir las pérdidas?	
<input type="checkbox"/> Tengo seguro para cubrir la mayoría de las pérdidas	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Tengo seguro para cubrir una parte de las pérdidas	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

¿Se ha registrado en FEMA para recibir asistencia?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Si el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene seguro para cubrir las pérdidas?	
<input type="checkbox"/> Tengo seguro para cubrir la mayoría de las pérdidas	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Tengo seguro para cubrir una parte de las pérdidas	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Solo respuesta para veteranos

Porcentaje de AMI (Ingreso medio del área)			
<input type="checkbox"/> 30% o menos	<input type="checkbox"/> 31% a 50%	<input type="checkbox"/> 51% a 80%	<input type="checkbox"/> 81% o más

Información de veteranos - Si el cliente es un veterano, proporcione detalles del servicio a continuación

Año de ingreso al servicio militar						Año separado del servicio militar					
		/						/			
Mes		Día		Año		Mes		Día		Año	

Responda 'Sí' o 'No' para cada Operación Militar (en blanco).

Operación militar	Sirvió en:				
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
Segunda Guerra Mundial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guerra de Corea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guerra de Vietnam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guerra del Golfo Pérsico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afganistán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libertad de Irak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amanecer de Irak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras operaciones de mantenimiento de la paz o intervenciones militares (como Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rama de las Fuerzas Armadas	
<input type="checkbox"/> Army	<input type="checkbox"/> Space Force
<input type="checkbox"/> Air Force	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Navy	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Marines	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Coast Guard	

Estatus de baja	
<input type="checkbox"/> Honrosa	<input type="checkbox"/> No caracterizado
<input type="checkbox"/> General en condiciones honrosas	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> En condiciones no honrosas	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Mala conducta	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Deshonrosa	<input type="checkbox"/> No Aplica

Número de estación VAMC Código de tres dígitos y ubicación del Centro Médico VA	
--	--

Responda estas preguntas solo para el jefe de familia

Evaluación de entrada coordinada - solo para usuarios de HMIS en oficina											
Fecha de evaluación							/		/		
Lugar de la evaluación											
CoC de Orange	<input type="checkbox"/> CEF										
	<input type="checkbox"/> Línea de ayuda para vivienda (<i>Housing Helpline</i>)										
	<input type="checkbox"/> HomeLink										
	<input type="checkbox"/> IFC Commons										

	<input type="checkbox"/> Prisión	
	<input type="checkbox"/> Proveedor médico	
	<input type="checkbox"/> Alcance comunitario	
	<input type="checkbox"/> Albergue	
CoC de BoS	<input type="checkbox"/> Región 1	<input type="checkbox"/> Región 8
	<input type="checkbox"/> Región 2	<input type="checkbox"/> Región 9
	<input type="checkbox"/> Región 3	<input type="checkbox"/> Región 10
	<input type="checkbox"/> Región 4	<input type="checkbox"/> Región 11
	<input type="checkbox"/> Región 5	<input type="checkbox"/> Región 12
	<input type="checkbox"/> Región 6	<input type="checkbox"/> Región 13
	<input type="checkbox"/> Región 7	
Durham	<input type="checkbox"/> CoC de Durham	
Tipo de evaluación	<input type="checkbox"/> Teléfono	
	<input type="checkbox"/> En persona	
	<input type="checkbox"/> Virtual	
Nivel de evaluación	<input type="checkbox"/> Evaluación de necesidades en crisis	
	<input type="checkbox"/> Evaluación de necesidades de vivienda	
Estatus de priorización	<input type="checkbox"/> Colocado en la lista de priorización	
	<input type="checkbox"/> No colocado en la lista de priorización	

Evento de entrada coordinada - Para uso del personal solamente														
Fecha de inicio / Fecha del evento								/			/			
Evento														
Acceder a eventos	<input type="checkbox"/> Derivación a proyecto de asistencia de prevención													
	<input type="checkbox"/> Intervención o servicio de resolución de problemas/desvío/resolución rápida							→ Ir a A						
	<input type="checkbox"/> Derivación a evaluación de necesidades en crisis de entrada coordinada programada													
	<input type="checkbox"/> Derivación a evaluación de necesidades en vivienda de entrada coordinada programada							→ Ir a B						
Eventos de derivación	<input type="checkbox"/> Derivación a manejo posterior a la colocación/seguimiento de caso													
	<input type="checkbox"/> Derivación a proyecto o servicios de alcance comunitario en las calles													
	<input type="checkbox"/> Derivación a proyecto o servicios de navegación de vivienda													
	<input type="checkbox"/> Derivación a servicios fuera del continuo de atención: No elegible para servicios del continuo de atención													
	<input type="checkbox"/> Derivación a servicios fuera del continuo de atención: Sin disponibilidad en servicios del continuo de atención													
	<input type="checkbox"/> Derivación a apertura de cama en albergue de emergencia							→ Ir a C						
	<input type="checkbox"/> Derivación a apertura de cama/unidad en vivienda de transición													
	<input type="checkbox"/> Derivación a apertura de proyecto/unidad/recurso conjunto de vivienda de transición-realojamiento rápido (TH-RRH)													
	<input type="checkbox"/> Derivación a apertura de recurso en proyecto de RRH													
	<input type="checkbox"/> Derivación a apertura de recurso en proyecto de PSH													
	<input type="checkbox"/> Derivación a otra apertura de proyecto/unidad/recurso de PH													
<input type="checkbox"/> Derivación a asistencia con muebles/fondo flexible/asistencia de emergencia														
<input type="checkbox"/> Derivación a vale de estabilidad de vivienda														
Si la respuesta a "Evento" fue "resultado de la intervención o servicio de resolución de problemas/desvío/realojamiento rápido", responda A:														

A. Resultado de la intervención o servicio de resolución de problemas/desvío/resolución rápida – ¿El cliente fue alojado/realojado en una alternativa segura?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta a “Evento” fue “Derivación a resultado del manejo posterior a la colocación/seguimiento de caso”, responda B:		
B. Derivación a resultado del manejo posterior a la colocación/seguimiento de caso – ¿Fue inscrito en proyecto de atención posterior?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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)	<input type="checkbox"/> Aceptado por el cliente	<input type="checkbox"/> Rechazado por el cliente
	<input type="checkbox"/> Rechazado por el proveedor	
E. Fecha del resultado (si se conoce)		/

Criterios de selección de prevención de falta de vivienda de SSVF

Escenario 2: Selección

Criterios de selección	Marque si corresponde	Valor en puntos	Puntos totales (introduzca un valor para cada casilla que esté marcada)
Utilice los siguientes criterios para identificar si el grupo familiar del solicitante elegible también es una prioridad para la asistencia de prevención de falta de vivienda de SSVF. Marque cada condición que sea verdadera para el solicitante veterano.			
Urgencia de la situación de vivienda (Puede indicar una necesidad más urgente de asistencia para la prevención de la falta de vivienda)			
¿Es necesario el cuestionario de selección para la prevención de falta de vivienda?	<input type="checkbox"/>		
Pérdida de vivienda prevista para dentro de... (seleccione solo una)			
1-6 días	<input type="checkbox"/>		
7-13 días	<input type="checkbox"/>		
14-21 días	<input type="checkbox"/>		
Más de 21 días	<input type="checkbox"/>		
Posibles barreras y vulnerabilidades (Puede afectar la capacidad de conseguir rápidamente una vivienda y resolver la situación de falta de vivienda literal de forma independiente si el grupo familiar no recibe asistencia y se queda literalmente sin hogar)			
Ingresos actuales del grupo familiar (seleccione solo uno)			
\$0 (es decir, no está empleado, no recibe beneficios en efectivo, no tiene otros ingresos actuales)	<input type="checkbox"/>		
1-14% del ingreso medio del área (AMI) para el tamaño del grupo familiar	<input type="checkbox"/>		
15-30% del AMI para el tamaño del grupo familiar	<input type="checkbox"/>		
Más del 30% del AMI para el tamaño del grupo familiar	<input type="checkbox"/>		
Experiencia previa de falta de vivienda (calle, albergue, vivienda de transición) (cualquier adulto)			
El episodio más reciente ocurrió durante el último año	<input type="checkbox"/>	0	
El episodio más reciente ocurrió hace más de un año	<input type="checkbox"/>	1	
Ninguna	<input type="checkbox"/>	2	
El jefe de familia no es el arrendatario actual			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
El jefe de familia nunca ha sido arrendatario			
No	<input type="checkbox"/>	0	

Sí	<input type="checkbox"/>	1	
Actualmente en riesgo de perder un subsidio de vivienda para inquilinos o una vivienda en un edificio o unidad subsidiado/a			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
Desalojos de renta en los últimos 7 años (seleccione solo uno) [Nota para el personal: Incluya únicamente acciones de desalojo formales (es decir, notificación de desalojo) tomadas por un arrendador debido al incumplimiento del contrato de arrendamiento y que finalmente resultaron en la pérdida de la vivienda rentada.]			
Sin desalojos de renta previos	<input type="checkbox"/>	0	
1 desalojo de renta previo	<input type="checkbox"/>	1	
2 o más desalojos de renta previos	<input type="checkbox"/>	2	
Antecedentes penales por incendio provocado, tráfico o fabricación de drogas o delito grave contra personas o propiedades			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
Encarcelado como adulto (cualquier adulto en el grupo familiar)			
No encarcelado	<input type="checkbox"/>	0	
Encarcelado una vez	<input type="checkbox"/>	1	
Encarcelado dos o más veces	<input type="checkbox"/>	2	
Dado de alta de la cárcel o prisión dentro de los últimos seis meses después de un encarcelamiento de 90 días o más (adultos)			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
Delincuente sexual registrado			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
Jefe de familia con una condición discapacitante (salud física, salud mental, uso de sustancias) que afecta directamente la capacidad de conseguir/mantener una vivienda			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
Actualmente embarazada (cualquier miembro del grupo familiar)			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
Padre o madre soltero/a con hijo(s) menor(es)			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
El grupo familiar incluye uno o más niños pequeños (de seis años o menos) o un niño que requiere cuidados importantes			
No	<input type="checkbox"/>	0	
El niño más pequeño tiene menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	1	
El niño más pequeño tiene entre 1 y 6 años Y/O uno o más niños (de cualquier edad) requieren cuidados importantes	<input type="checkbox"/>	2	
Tamaño de grupo familiar de 5 o más personas que requieren al menos 3 habitaciones (debido a la mezcla de edad y género)			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
El grupo familiar incluye uno o más miembros de una población sobrerrepresentada en el sistema de personas sin vivienda en comparación con la población general			
No	<input type="checkbox"/>	0	
Sí	<input type="checkbox"/>	1	
		Puntos totales	

Escenario 2: Disposición de selección

Cumple con el umbral de selección Puntuación del umbral de selección aprobado por VA: ()	() Continuar con la inscripción a prevención de falta de vivienda de SSVF U otra derivación si no hay capacidad
No cumple con el umbral de selección	() Consulte instrucciones del formulario de selección de prevención de falta de vivienda con respecto a “Intervenciones de vivienda dirigidas por el servicio”