

	<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	
Otro	<input type="checkbox"/> No se completó la entrevista de salida	
	<input type="checkbox"/> Otra (especifique):	
	<input type="checkbox"/> Fallecido	
	<input type="checkbox"/> No lo sé	
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
Notas de salida - Detalles del motivo o destino		

Evaluación de la vivienda al salir – Solo los proyectos de prevención deben responder las preguntas de esta sección	
<input type="checkbox"/> Capaz de mantener la vivienda que tenía al inicio del proyecto	<p>En caso AFIRMATIVO, proporcione información sobre el subsidio</p> <input type="checkbox"/> Sin subsidio <input type="checkbox"/> Con el subsidio que tenía al inicio del proyecto <input type="checkbox"/> Con un subsidio vigente adquirido desde el inicio del proyecto <input type="checkbox"/> Sólo con ayuda financiera distinta a un subsidio <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Se mudó a una nueva unidad de vivienda	
<input type="checkbox"/> Se mudó con familiares/amigos de forma temporal	
<input type="checkbox"/> Se mudó con familiares/amigos de forma permanente	
<input type="checkbox"/> Se mudó a un centro o programa de vivienda temporal o de transición	
<input type="checkbox"/> El cliente se quedó sin vivienda y se mudó a un albergue u otro lugar no apto para la habitación humana	
<input type="checkbox"/> El cliente fue a la cárcel/prisión	
<input type="checkbox"/> El cliente falleció	
<input type="checkbox"/> No lo sé	
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<p>En caso AFIRMATIVO, proporcione información sobre el subsidio</p> <input type="checkbox"/> Con un subsidio vigente <input type="checkbox"/> Sin subsidio vigente <input type="checkbox"/> Datos no recopilados

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"/>

Si NO está cubierto por un seguro médico, ¿cuál es el motivo?

<input type="checkbox"/> Solicitado con decisión pendiente	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Solicitado; cliente no elegible	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> El cliente no presentó la solicitud	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Tipo de seguro no aplica para este cliente	

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

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

Células T (CD4) y carga viral

Indique el recuento de células T (CD4) y la medición de la carga viral en intervalos de 6 meses, o con la frecuencia que permita su plan médico, comenzando al inicio del proyecto hasta la salida del mismo.

Si la respuesta es afirmativa para VIH/SIDA, ¿tiene disponible un recuento de células T (CD4)?

<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 la respuesta es afirmativa para “el recuento de células T (CD4) está disponible”, recuento de células T (CD4) (0 – 1500)		Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)	
¿Cómo se obtuvo la información del recuento de células T?			

Si la respuesta es afirmativa para VIH/SIDA, ¿tiene disponible información sobre la carga viral?

<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Disponible	<input type="checkbox"/> Indetectable	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
--	-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--	---

Si la respuesta es afirmativa para “la información sobre la carga viral está disponible”, ¿cuál es la carga viral? (0-999999)		Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)	
¿Cómo se obtuvo la información de carga viral?			

¿Asistencia médica?

Solo para usuarios de HMIS: registre la fecha de inicio del proyecto como la fecha de información de asistencia médica

¿Recibe el Programa Público de Asistencia en Medicamentos para el VIH/SIDA (ADAP)?
 Sí
 No
 No lo sé
 Prefiero no responder

↓

Si no, ¿cuál es el motivo por el cual no recibe el Programa Público de Asistencia en Medicamentos para el VIH/SIDA?

<input type="checkbox"/> Solicitado con decisión pendiente	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Solicitado; cliente no elegible	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No solicitado	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Tipo de seguro no aplica para este cliente	

¿Recibe asistencia médica o dental financiada por Ryan White?
 Sí
 No
 No lo sé
 Prefiero no responder

↓

Si no, ¿cuál es el motivo por el cual no recibe asistencia médica o dental financiada por Ryan White?

<input type="checkbox"/> Solicitado con decisión pendiente	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Solicitado; cliente no elegible	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No solicitado	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Tipo de seguro no aplica para este cliente	

Antirretrovirales recetados - ¿Le han recetado medicamentos antirretrovirales?
 Sí
 No
 No lo sé
 Prefiero no responder
RESPONDA ESTAS PREGUNTAS PARA EL JEFE DE FAMILIA Y OTROS ADULTOS**Ingresos y fuentes - ¿Tiene usted actualmente algún ingreso de cualquier fuente?**
 Sí
 No
 No lo sé
 Prefiero no responder
 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 las secciones sombreadas 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.

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 (<i>o use nombre local</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Servicios de transporte TANF (<i>o use nombre local</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otros servicios financiados por TANF (<i>o use nombre local</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otra fuente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

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									

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 - solo para usuarios de HMIS en oficina

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)			/			/			