

Evaluación de salida del proyecto – PATH SO, SSO

Este formulario debe ser usado para los proyectos Alcance Comunitario en las Calles (SO) y Servicios de Apoyo Únicamente (SSO) con financiamiento de PATH para cada cliente. (niños páginas 1-2; otros adultos páginas 1-5; jefes de familia páginas 1-7)

RESPONDA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

FECHA DE SALIDA DEL PROYECTO									
		/			/				

Mes

Día

Año

NOMBRE DEL CLIENTE

ID HMIS DEL CLIENTE - Solo para usuarios de HMIS

Razones para la salida - ¿Por qué este cliente está dejando el proyecto?			
Obligatorio para NC-502 Durham; recomendado para NC-503 Balance of State y NC-513 Orange			
☐ Alojado exitosamente (por el programa)	☐ Mudanza fuera del área de servicio	☐ Ya no es elegible	
☐ Alojado exitosamente (por sí mismo)	☐ Ya no necesita servicios	☐ Desacuerdo/incumplimiento	
☐ Derivado exitosamente a otro proveedor	☐ Ya no quiere servicios	☐ Preocupaciones/riesgos de seguridad	
☐ El programa de servicio ya no está disponible (depende del clima, finalizado)	☐ Salida del programa de mutuo acuerdo	☐ Desconocido/desaparecido	
☐ Saliendo para ir a una institución	☐ Se alcanzó el tiempo máximo permitido	☐ Muerte	

Destino - ¿Dónde se alojará/dormirá el cliente inmediatamente después de dejar este proyecto?		
Sin vivienda	☐ 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)	
	☐ Albergue de emergencia, incluido hotel o motel pagado <i>con</i> un vale de albergue de emergencia u hogar de acogida (<i>host</i>) financiado por RHY	
Institucional	☐ Hogar de acogida (<i>foster</i>) o hogar grupal de acogida	
	☐ Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico	
	☐ Cárcel, prisión o centro de detención de menores	
	☐ Centro de cuidados a largo plazo o residencia de ancianos	
	☐ Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico	
	☐ Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación	
Temporal	☐ Vivienda de transición para personas sin vivienda (incluidos jóvenes sin hogar)	
	☐ Proyecto residencial o centro de rehabilitación sin criterio de falta de vivienda	
	☐ Hotel o motel pagado <i>sin</i> vale de albergue de emergencia	
	☐ Hogar de acogida (<i>host</i>) (sin crisis)	
	☐ Quedándose o viviendo con familia, tenencia temporaria (por ej., habitación, apartamento o casa)	
	☐ Quedándose o viviendo con amigos, tenencia temporaria (por ej., habitación, apartamento o casa)	
	☐ Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA TH	
Permanente	☐ Quedándose o viviendo con familia, tenencia permanente	
	☐ Quedándose o viviendo con amigos, tenencia permanente	
	☐ Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA PH	
	☐ Renta por parte del cliente, sin subsidio de vivienda vigente	
	☐ Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente (especifique)	
	☐ Subsidio de vivienda GPD TIP	☐ Vale de estabilidad de vivienda
	☐ Subsidio de vivienda VASH	☐ Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP)
☐ Subsidio de realojamiento rápido (RRH) o equivalente	☐ Foster Youth to Independence Initiative (FYI)	

	☐ Vales de elección de vivienda (HCV)	☐ Vivienda de apoyo permanente (PSH)
	☐ Unidad de vivienda pública	☐ Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían vivienda
	☐ Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente	
	☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda vigente	
	☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda vigente	
Otro	☐ No se completó la entrevista de salida	
	☐ Otro (especifique):	
	☐ Fallecido	
	☐ No lo sé	
	☐ Prefiero no responder	
	☐ Datos no recopilados	
Notas de salida - Detalles del motivo o destino		

Estado de discapacidad - ¿Tiene usted una condición discapacitante?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ 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 <i>Determinación de discapacidad y Duración prolongada o indefinida</i> como Sí. La fecha de inicio del tipo de discapacidad será la fecha de inicio del proyecto.		
Tipo de discapacidad	Sí	No
Física	☐	☐
Condición de salud crónica	☐	☐
VIH/SIDA	☐	☐
De desarrollo	☐	☐
Trastorno por consumo de alcohol	☐	☐
Trastorno por consumo de sustancias	☐	☐
Trastorno de salud mental	☐	☐

Seguro médico – ¿Está usted cubierto actualmente por un seguro médico?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ 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	☐	☐
Medicare	☐	☐

Programa estatal de seguro médico para niños (o North Carolina Health Choice)	☐	☐
Administración de Salud para Veteranos (VHA)	☐	☐
Seguro médico proporcionado por el empleador	☐	☐
Seguro médico obtenido a través de COBRA	☐	☐
Seguro médico de pago privado	☐	☐
Seguro médico estatal para adultos	☐	☐
Programa de servicios de salud para indígenas	☐	☐
Otro En caso afirmativo, especifique la fuente:	☐	☐

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

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

Beneficios no monetarios - ¿Tiene algún beneficio no monetario 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 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)	☐	☐	\$
Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	☐	☐	\$
Servicios de cuidado infantil TANF (o use nombre local)	☐	☐	\$
Servicios de transporte TANF (o use nombre local)	☐	☐	\$
Otros servicios financiados por TANF (o use nombre local)	☐	☐	\$
Otra fuente:	☐	☐	\$

Situación actual de vivienda ¿Cuándo lo contactaron?			/			/				
---	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Tipo de situación de vivienda actual - ¿Dónde vivía durante este contacto?	
Si la respuesta es una situación institucional, temporaria o permanente, las preguntas de seguimiento se enumeran a continuación.	
Sin vivienda	☐ 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)
	☐ Albergue de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de albergue de emergencia u hogar de acogida (host) financiado por RHY
Institucional	☐ Hogar de acogida (foster) o hogar grupal de acogida
	☐ Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
	☐ Cárcel, prisión o centro de detención de menores
	☐ Centro de cuidados a largo plazo o residencia de ancianos
	☐ Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
	☐ Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación
Temporaria	☐ Proyecto residencial o centro de rehabilitación sin criterio de falta de vivienda
	☐ Hotel o motel pagado sin vale de albergue de emergencia
	☐ Vivienda de transición para personas sin vivienda (incluidos jóvenes sin hogar)
	☐ Hogar de acogida (host) (sin crisis)
	☐ Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo
	☐ Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un familiar
Permanente	☐ Renta por parte del cliente, sin subsidio de vivienda vigente
	☐ Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente (especifique)
	☐ Subsidio de vivienda GPD TIP
	☐ Subsidio de vivienda VASH
	☐ Subsidio de realojamiento rápido (RRH) o equivalente
	☐ Vales de elección de vivienda (HCV)
	☐ Unidad de vivienda pública
	☐ Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente
	☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda vigente
	☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda vigente
Otra	☐ Otra (especifique):
	☐ No lo sé
	☐ Prefiero no responder
	☐ Datos no recopilados
Situación de vivienda verificada por: Nombrar la agencia verificadora y el proyecto	

Si la situación de vivienda actual es institucional, temporaria o permanente ¿Va a tener que abandonar su situación actual de vivienda dentro de los 14 días?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

En caso afirmativo a “va a tener que abandonar su situación actual de vivienda dentro de los 14 días”				
Responda todo	¿Se ha identificado una residencia posterior?			
	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder ☐ Datos no recopilados
	¿Tiene usted o su familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?			
	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder ☐ Datos no recopilados
	¿Ha tenido interés en arrendamiento o compra de una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?			
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados
¿Se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

Situación actual de vivienda - Detalles de ubicación

FECHA DEL CONTACTO ¿El cliente aceptó un plan de caso en este contacto? Si es así, indique la fecha.			/			/			
	Mes			Día			Año		

FECHA DE DETERMINACIÓN DEL ESTATUS Fecha en la que se determinó que el cliente era elegible y fue inscrito, era elegible y el cliente lo rechazó, o era no elegible y no fue inscrito en el Programa PATH.			/			/			
	Mes			Día			Año		

EL CLIENTE FUE INSCRITO EN EL PROGRAMA PATH
☐ Sí ☐ No

SI NO, motivo por el cual no está inscrito		
☐ Se determinó que el cliente no era elegible para PATH	☐ El cliente no fue inscrito por otros motivos	☐ No se puede localizar al cliente

CONEXIÓN CON SOAR (solo PATH) - ¿Se ha derivado al cliente a un administrador de casos de SOAR?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS SOLO PARA EL JEFE DE FAMILIA

Evaluación de entrada coordinada - Para uso del personal solamente												
Fecha de evaluación								/			/	
Lugar de la evaluación												
CoC de Orange	☐ CEF											
	☐ Línea de ayuda para vivienda (<i>Housing Helpline</i>)											
	☐ HomeLink											
	☐ IFC Commons											
	☐ Prisión											
	☐ Proveedor médico											
	☐ Alcance comunitario											
	☐ Albergue											
CoC de BoS	☐ Región 1						☐ Región 8					
	☐ Región 2						☐ Región 9					
	☐ Región 3						☐ Región 10					
	☐ Región 4						☐ Región 11					
	☐ Región 5						☐ Región 12					
	☐ Región 6						☐ Región 13					
	☐ Región 7											
Durham	☐ CoC de Durham											
Tipo de evaluación								☐ Teléfono				
								☐ En persona				
								☐ Virtual				
Nivel de evaluación								☐ Evaluación de necesidades en crisis				
								☐ Evaluación de necesidades de vivienda				
Estatus de priorización								☐ Colocado en la lista de priorización				
								☐ 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	☐ Derivación a proyecto de asistencia de prevención											
	☐ Intervención o servicio de resolución de problemas/desvío/resolución rápida										 Ir a A	
	☐ Derivación a evaluación de necesidades en crisis de entrada coordinada programada											
	☐ Derivación a evaluación de necesidades en vivienda de entrada coordinada programada										 Ir a B	
Eventos de derivación	☐ Derivación a manejo posterior a la colocación/seguimiento de caso											
	☐ Derivación a proyecto o servicios de alcance comunitario en las calles											
	☐ Derivación a proyecto o servicios de navegación de vivienda											
	☐ Derivación a servicios fuera del continuo de atención: No elegible para servicios del continuo de atención											
	☐ Derivación a servicios fuera del continuo de atención: Sin disponibilidad en servicios del continuo de atención											

	☐ Derivación a apertura de cama en albergue de emergencia ☐ Derivación a apertura de cama/unidad en vivienda de transición ☐ Derivación a apertura de proyecto/unidad/recurso conjunto de vivienda de transición-realojamiento rápido (TH-RRH) ☐ Derivación a apertura de recurso en proyecto de RRH ☐ Derivación a apertura de recurso en proyecto de PSH ☐ Derivación a otra apertura de proyecto/unidad/recurso de PH ☐ Derivación a asistencia con muebles/fondo flexible/asistencia de emergencia ☐ Derivación a vale de estabilidad de vivienda	 Ir a C			
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?	☐ Sí	☐ 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?	☐ Sí	☐ 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)	☐ Aceptado por el cliente	☐ Rechazado por el cliente	☐ Rechazado por el proveedor		
E. Fecha del resultado (si se conoce)			/		
			/		