

Evaluación intermedia – HOPWA HP

Este formulario debe ser usado por proyectos de Prevención de Falta de Vivienda (HP) (como la Asistencia para el Pago de Renta a Corto Plazo) financiado por HOPWA para todos los clientes. (niños páginas 1-2; VIH/SIDA + páginas 2-3; todos los adultos páginas 1-4; jefes de familia páginas 1-5)

RESPONDA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

FECHA DE EVALUACIÓN INTERMEDIA									
		/			/				
Mes		Día				Año			

TIPO DE EVALUACIÓN INTERMEDIA	
☐ Actualización	☐ Evaluación Anual

NOMBRE DEL CLIENTE

ID HMIS DEL CLIENTE - Solo para usuarios de HMIS							

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:	☐	☐

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

☐ Solicitado con decisión pendiente	☐ No lo sé
☐ Solicitado; cliente no elegible	☐ Prefiero no responder
☐ El cliente no presentó la solicitud	☐ Datos no recopilados
☐ 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)?

☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ 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?

☐ No disponible	☐ Disponible	☐ Indetectable	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ 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?

☐ Solicitado con decisión pendiente	☐ No lo sé
☐ Solicitado; cliente no elegible	☐ Prefiero no responder
☐ No solicitado	☐ Datos no recopilados
☐ 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?

☐ Solicitado con decisión pendiente	☐ No lo sé
☐ Solicitado; cliente no elegible	☐ Prefiero no responder
☐ No solicitado	☐ Datos no recopilados
☐ 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)	☐	☐	\$
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:	☐	☐	\$

Violencia doméstica - ¿Es usted un sobreviviente de violencia doméstica?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

↓

En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la experiencia?	
☐ En los últimos tres meses	☐ No lo sé
☐ Hace entre tres y seis meses (excluyendo exactamente seis meses)	☐ Prefiero no responder
☐ Hace entre seis meses y un año (excluyendo exactamente un año)	☐ Datos no recopilados
☐ Hace un año o más	

↓

En caso afirmativo, ¿está usted huyendo actualmente?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

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	☐ 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 - solo para usuarios de HMIS en oficina													
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										→ Ir a C		
	☐ 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													
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)							/			/			