

Evaluación intermedia – HOPWA PSH

Este formulario debe ser usado por los proyectos de Vivienda de Apoyo Permanente (PSH) financiados por HOPWA (como la Asistencia para la Renta Basada en el Inquilino) para todos los clientes. (niños páginas 1-2; VIH/SIDA + páginas 2-3, otros adultos páginas 1-4; jefes de familia páginas 1-4)

RESPONDA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

FECHA DE EVALUACIÓN INTERMEDIA								
		/			/			
Mes			Día			Año		

TIPO DE EVALUACIÓN INTERMEDIA	
<input type="checkbox"/> Actualización	<input type="checkbox"/> Evaluación Anual

NOMBRE DEL CLIENTE

ID HMIS DEL CLIENTE - Solo para usuarios de HMIS								

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)?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS PARA EL JEFE DE FAMILIA Y OTROS ADULTOS

Fecha de mudanza a la vivienda		/		/			
	Mes		Día		Año		

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 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 (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

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS SOLO PARA EL JEFE DE FAMILIA

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	
Eventos de derivación	<input type="checkbox"/> Derivación a evaluación de necesidades en vivienda de entrada coordinada programada	→ Ir a B
	<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)			/			/		
--	--	--	---	--	--	---	--	--