

Evaluación intermedia – SO

Este formulario debe ser usado por proyectos de Alcance Comunitario en las Calles (SO) para todos los clientes. (adultos páginas 1-4; jefes de familia páginas 1-6)

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"/>

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

SOLO RESPONDA ESTAS PREGUNTAS PARA EL JEFE DE FAMILIA Y OTROS ADULTOS

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

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	<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>) financiado por RHY	
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	
	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación	
Temporaria	<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"/> Vivienda de transición para personas sin vivienda (incluidos jóvenes sin hogar)	
	<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 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	
Otra	<input type="checkbox"/> Otra (especifique):	
	<input type="checkbox"/> No lo sé	
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
	<input type="checkbox"/> 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?				
<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 a “va a tener que abandonar su situación actual de vivienda dentro de los 14 días”
--

Responda todo	¿Se ha identificado una residencia posterior?				
	<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
	¿Tiene usted o su familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?				
	<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
	¿Ha tenido interés en arrendamiento o compra de una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?				
<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	
¿Se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?					
<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	

Situación actual de vivienda - Detalles de ubicación

Fecha del contacto			/			/			
¿El cliente aceptó un plan de caso en su primer contacto?									
	Mes			Día			Año		

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 - 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", responde 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", responde 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), responde 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)			/			/				