

Evaluación de inicio de proyecto – CoC PSH

Este formulario debe ser usado por los proyectos de Vivienda de Apoyo Permanente (PSH) para cada cliente.
(niños páginas 1-2; todos los adultos páginas 1-7; jefes de familia páginas 1-8)

Responda para todos los miembros del grupo familiar

Fecha de inicio del proyecto									
		/			/				
Mes		Día			Año				

ID HMIS DEL CLIENTE - Solo para usuarios de HMIS							

Nombre - (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo)	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Apellido	
Sufijo (por ej., Jr, Sr, III)	

Calidad de datos del nombre
<input type="checkbox"/> Nombre completo proporcionado
<input type="checkbox"/> Parcial, apodo o alias
<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Número de seguro social	Estatus de la calidad de los datos				
	<input type="checkbox"/> Datos completos proporcionados	<input type="checkbox"/> Datos parciales o aproximados proporcionados	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Estatus de veterano				
<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

Fecha de nacimiento (por ej., 10/23/1978)	Estatus de la calidad de los datos				
	<input type="checkbox"/> Datos completos proporcionados	<input type="checkbox"/> Datos parciales o aproximados proporcionados	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Género - Seleccione una o más identidades de género	
<input type="checkbox"/> Mujer (Niña, si es menor)	<input type="checkbox"/> Questionándose
<input type="checkbox"/> Hombre (Niño, si es menor)	<input type="checkbox"/> Identidad diferente (Especifique)
<input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ej., dos espíritus)	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Raza y etnicidad - Seleccione una o más categorías de raza y etnicidad	
<input type="checkbox"/> Indio americano, nativo de Alaska o indígena	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Hispano/latino	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> De medio oriente o África del Norte	Detalles adicionales sobre raza y etnicidad:
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	

Relación con el jefe de familia	
<input type="checkbox"/> Misma persona (jefe de familia)	<input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe de familia (otra relación con el jefe de familia)
<input type="checkbox"/> Hijo del jefe de familia	
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja del jefe de familia	
	<input type="checkbox"/> Otro: miembro sin relación de parentesco

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?

¿Cuál es el código postal de su último domicilio permanente? (si se conoce)	
---	--

Responda estas preguntas para el jefe de familia y otros adultos

Lugar de inscripción – ¿En qué CoC se encuentra el jefe de familia en el momento de la entrada al proyecto?			
<input type="checkbox"/> NC 502-Condado y ciudad de Durham	<input type="checkbox"/> NC 503-NC Balance of State	<input type="checkbox"/> NC 513-Chapel Hill/Condado de Orange	<input type="checkbox"/> Otro:

Historial de situación sin vivienda - Seleccione 1 tipo de situación de vivienda. Siga las flechas y las instrucciones en rojo para completar otras secciones

Sección 1: Tipo de situación de vivienda previa- ¿Dónde vivía inmediatamente antes de entrar a este proyecto?

Sin vivienda	Institucional	Vivienda temporaria
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a ser habitado (por ej., vehículo, edificio abandonado, estación de autobús/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida (<i>foster</i>) o hogar grupal de acogida	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin vivienda (incluidos jóvenes sin hogar)
<input type="checkbox"/> Albergue de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de albergue de emergencia u hogar de acogida (<i>host</i>)	<input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Proyecto residencial o centro de rehabilitación sin criterio de falta de vivienda
<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención de menores	<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado <i>sin vale</i> de albergue de emergencia
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Centro de cuidados a largo plazo o residencia de ancianos	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida (<i>host</i>) (sin crisis)
<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo
	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación	<input type="checkbox"/> Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un familiar
	<input type="checkbox"/> No lo sé	Vivienda permanente
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Renta por parte del cliente, sin subsidio de vivienda vigente
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<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
		<input type="checkbox"/> No lo sé
		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
		↓

Sección 2: Duración de la estadía en la situación de vivienda anterior- ¿Cuánto tiempo permaneció en ese lugar?

Si alguna de las respuestas en los cuadros sombreados a continuación está marcada, debe pasar a la Sección 3; todas las demás deben pasar a Ingresos y fuentes

<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 1 noche o menos
<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches

<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes
<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días
<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año
<input type="checkbox"/> 1 año o más	<input type="checkbox"/> 1 año o más	<input type="checkbox"/> 1 año o más
<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Sección 3: Brecha en la falta de vivienda La noche anterior a su ingreso a la situación de vivienda, ¿el cliente permaneció en la calle o en un albergue de emergencia?

Si alguna de las respuestas en los cuadros sombreados a continuación está marcada, debe pasar a la SECCIÓN 4; todas las demás deben pasar a Ingresos y fuentes

Ir a la sección 4	<input type="checkbox"/> Sí [Ir a la sección 4]	<input type="checkbox"/> Sí [Ir a la sección 4]
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No lo sé
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados



Sección 4 - Responda las tres preguntas a continuación para completar esta sección

¿Fecha aproximada en que comenzó este episodio de falta de vivienda?

		/			/			
Mes			Día			Año		

Independientemente de dónde se quedó anoche, ¿cuántas veces se quedó sin hogar en las calles o en un albergue de emergencia en los últimos 3 años, incluido hoy?

<input type="checkbox"/> Una vez (seleccione esta opción si es la primera vez que ha experimentado la falta de vivienda en los últimos 3 años)	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Cuatro o más veces	

¿Cuántos meses, en total, ha estado sin vivienda, en la calle o en un albergue de emergencia en los últimos 3 años?

<input type="checkbox"/> 1 mes o menos (seleccione esta opción si esta es la primera vez que ha experimentado la falta de vivienda en los últimos 3 años)	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Entre 2 y 12 meses → Ingrese cantidad total de meses:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Más de 12 meses	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

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?

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.
 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?

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

Orientación sexual

Heterosexual
 Otra (describa)
 Gay
 Lesbiana
 No lo sé
 Bisexual
 Prefiero no responder
 No estoy seguro/Cuestionándome
 Datos no recopilados

Estado general de salud

Excelente
 Muy bueno
 Bueno
 Regular
 Pobre
 No lo sé
 Prefiero no responder
 Datos no recopilados

Desastre natural/tormenta en Carolina del Norte- ¿Se encuentra sin vivienda debido a un desastre natural o una tormenta reciente?

<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: Hay recursos y socios disponibles durante desastres naturales/tormentas que pueden ayudarlo. ¿Nos da su permiso para utilizar esta información para coordinar con ellos y ayudarlo a conseguir recursos y asistencia?

<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: ¿Qué desastre natural o tormenta le obligó a evacuar y buscar otro lugar protegido?

<input type="checkbox"/> Huracán Florence	<input type="checkbox"/> Huracán Matthew	<input type="checkbox"/> Huracán Dorian	<input type="checkbox"/> Otro:
---	--	---	--------------------------------

¿En qué condado de Carolina del Norte vivía usted inmediatamente antes del desastre natural o la tormenta?

Tipo de situación de vivienda anterior - ¿Dónde vivía inmediatamente antes del desastre natural o la tormenta?

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>)	
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	
Temporaria	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación	
	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin vivienda (incluidos jóvenes sin hogar)	
	<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"/> Hogar de acogida (<i>host</i>) (sin crisis)	
Permanente	<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	
	<input type="checkbox"/> Renta por parte del cliente, sin subsidio de vivienda vigente	
	<input type="checkbox"/> Renta por parte del cliente, con 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	
Otra	<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda vigente	
	<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda vigente	
	<input type="checkbox"/> Otra (especifique):	
	<input type="checkbox"/> No lo sé	
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	

Duración de la estada - Antes del desastre natural o tormenta, ¿cuánto tiempo vivió en su situación de vivienda anterior?

<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 1 año o más
<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año	

Fecha aproximada de evacuación - ¿En qué fecha abandonó su situación de vivienda anterior?									
		/			/				
Mes		Día				Año			

¿Sabe si el lugar donde estaba viviendo fue destruido por el desastre natural o tormenta, si fue gravemente dañado pero no destruido o no fue gravemente dañado?	
<input type="checkbox"/> Destruído	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Gravemente dañado	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No fue gravemente dañado	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Si el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene seguro para cubrir las pérdidas?	
<input type="checkbox"/> Tengo seguro para cubrir la mayoría de las pérdidas	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Tengo seguro para cubrir una parte de las pérdidas	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

¿Se ha registrado en FEMA para recibir asistencia?				
<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 el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene seguro para cubrir las pérdidas?	
<input type="checkbox"/> Tengo seguro para cubrir la mayoría de las pérdidas	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Tengo seguro para cubrir una parte de las pérdidas	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

Responda estas preguntas solo para el jefe de familia

Se necesita asistencia con la traducción - ¿Necesita ayuda con la traducción de algún idioma?				
<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: Idioma(s) preferido(s)					
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Cherokee	<input type="checkbox"/> Chino (mandarín o cantonés)	<input type="checkbox"/> Francés o haitiano o cajún	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Hindi
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalog o filipino	<input type="checkbox"/> Telugu	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Otro idioma preferido (especifique)			<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

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
	<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

Eventos de derivación	<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									
	<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									
→ 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?				<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 corresponde)				<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 corresponde)						/			/	