

Evaluación de inicio de proyecto - VA HCHV

Este formulario debe ser usado por los proyectos de Atención Médica para Veteranos sin Vivienda (HCHV) financiados por VA, para cada cliente. (niños página 1-2; todos los adultos páginas 1-7; veteranos páginas 1-8; jefes de familia páginas 1-10)

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
☐ Nombre completo proporcionado
☐ Parcial, apodo o alias
☐ No lo sé
☐ Prefiero no responder
☐ Datos no recopilados

Número de seguro social	Estatus de la calidad de los datos				
	☐ Datos completos proporcionados	☐ Datos parciales o aproximados proporcionados	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

Estatus de veterano				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

Fecha de nacimiento (por ej., 10/23/1978)	Estatus de la calidad de los datos				
	☐ Datos completos proporcionados	☐ Datos parciales o aproximados proporcionados	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

Género - Seleccione una o más identidades de género	
☐ Mujer (Niña, si es menor)	☐ Cuestionándose
☐ Hombre (Niño, si es menor)	☐ Identidad diferente (Especifique)
☐ Identidad culturalmente específica (por ej., dos espíritus)	☐ No lo sé
☐ Transgénero	☐ Prefiero no responder
☐ No binario	☐ Datos no recopilados

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

Relación con el jefe de familia	
☐ Misma persona (jefe de familia)	☐ Otro pariente del jefe de familia (otra relación con el jefe de familia)
☐ Hijo del jefe de familia	
☐ Cónyuge o pareja del jefe de familia	☐ Otro: miembro sin relación de parentesco

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 *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	☐	☐
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?	
---	--

¿Cuál es el código postal de su último domicilio permanente?	
--	--

SOLO RESPONDA ESTAS PREGUNTAS para el jefe de familia y otros adultos

Inscripción en CoC – En cuál CoC se está quedando el jefe de familia en el momento de la entrada al proyecto?			
☐ NC 502-Conado y ciudad de Durham	☐ NC 503-NC Balance of State	☐ NC 513-Chapel Hill/Condado de Orange	☐ Otro:

Historial de falta de vivienda

Tipo de situación de vivienda previa - ¿Dónde estaba viviendo inmediatamente antes de esta entrada al proyecto?													
Sin vivienda	☐ Lugar no destinado a ser habitado (por ej., vehículo, edificio abandonado, estación de autobús/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 (<i>host</i>)												
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												
Temporaria	☐ 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 sin vale de albergue de emergencia ☐ Hogar de acogida (<i>host</i>) (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) <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>☐ Subsidio de vivienda GPD TIP</td> <td>☐ Vale de estabilidad de vivienda</td> </tr> <tr> <td>☐ Subsidio de vivienda VASH</td> <td>☐ Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP)</td> </tr> <tr> <td>☐ Subsidio de realojamiento rápido (RRH) o equivalente</td> <td>☐ Foster Youth to Independence Initiative (FYI)</td> </tr> <tr> <td>☐ Vales de elección de vivienda (HCV)</td> <td>☐ Vivienda de apoyo permanente (PSH)</td> </tr> <tr> <td>☐ Unidad de vivienda pública</td> <td>☐ Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían vivienda</td> </tr> <tr> <td colspan="2">☐ Renta por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda vigente</td> </tr> </table> ☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda vigente ☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda vigente	☐ 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	
☐ 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													
Otra	☐ No lo sé ☐ Prefiero no responder ☐ Datos no recopilados												

Duración de la estadía en la situación de vivienda anterior - ¿Cuánto tiempo permaneció en ese lugar?	
☐ 1 noche o menos	☐ 1 año o más
☐ 2 a 6 noches	☐ No lo sé
☐ 1 semana o más, pero menos de 1 mes	☐ Prefiero no responder
☐ 1 mes o más, pero menos de 90 días	☐ Datos no recopilados
☐ 90 días o más, pero menos de 1 año	

Fecha aproximada en que comenzó este episodio de falta de vivienda - ¿Cuándo comenzó a quedarse en la calle, o en un refugio/albergue de emergencia esta vez?									
			/				/		
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?

☐ Una vez (seleccione esta opción si es la primera vez que ha experimentado la falta de vivienda en los últimos 3 años)	☐ No lo sé
☐ Dos veces	☐ Prefiero no responder
☐ Tres veces	☐ Datos no recopilados
☐ 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?

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)	☐ No lo sé
Entre 2 y 12 meses → Ingrese cantidad total de meses:	☐ Prefiero no responder
Más de 12 meses	☐ Datos no recopilados

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

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, temporal 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	
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 sin vale de albergue de emergencia	
	☐ 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	☐ 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
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
	¿Tiene usted o su familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?			
	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder
	¿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
¿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

Desastre natural/tormenta en Carolina del Norte- ¿Se encuentra sin vivienda debido a un desastre natural o una tormenta reciente?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ 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?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

En caso afirmativo: ¿Qué desastre natural o tormenta le obligó a evacuar y buscar otro lugar protegido?			
☐ Huracán Florence	☐ Huracán Matthew	☐ Huracán Dorian	☐ 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	☐ 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 (<i>host</i>)
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 en la habitación, apartamento o casa de un amigo	
Permanente	☐ Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un familiar	
	☐ Renta por parte del cliente, sin subsidio de vivienda vigente	
	☐ Renta por parte del cliente, con 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	
Otra	☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda vigente	
	☐ Otra (especifique):	
	☐ No lo sé	
	☐ Prefiero no responder	
	☐ Datos no recopilados	

Duración de la estadia - Antes del desastre natural o tormenta, ¿cuánto tiempo vivió en su situación de vivienda anterior?	
☐ 1 noche o menos	☐ 1 año o más
☐ 2 a 6 noches	☐ No lo sé
☐ 1 semana o más, pero menos de 1 mes	☐ Prefiero no responder
☐ 1 mes o más, pero menos de 90 días	☐ Datos no recopilados
☐ 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?	
☐ Destruído	☐ No lo sé
☐ Gravemente dañado	☐ Prefiero no responder
☐ No fue gravemente dañado	☐ Datos no recopilados

Si el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene seguro para cubrir las pérdidas?	
☐ Tengo seguro para cubrir la mayoría de las pérdidas	☐ No lo sé
☐ Tengo seguro para cubrir una parte de las pérdidas	☐ Prefiero no responder
☐ No tengo seguro	☐ Datos no recopilados

¿Se ha registrado en FEMA para recibir asistencia?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

Si el lugar donde vivía fue destruido o dañado de alguna manera, ¿tiene seguro para cubrir las pérdidas?	
☐ Tengo seguro para cubrir la mayoría de las pérdidas	☐ No lo sé
☐ Tengo seguro para cubrir una parte de las pérdidas	☐ Prefiero no responder
☐ No tengo seguro	☐ Datos no recopilados

Solo responda las preguntas a continuación para veteranos

Información de veteranos - Si el cliente es un veterano, proporcione detalles del servicio a continuación

Año de ingreso al servicio militar										Año separado del servicio militar									
Mes		Día		Año						Mes		Día		Año					

Responda 'Sí' o 'No' para cada Operación Militar (en blanco).

Operación militar	Sirvió en:				
Segunda Guerra Mundial	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados
Guerra de Corea	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados
Guerra de Vietnam	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados
Guerra del Golfo Pérsico	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados
Afganistán	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados
Libertad de Irak	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados
Amanecer de Irak	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados
Otras operaciones de mantenimiento de la paz o intervenciones militares (como Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

Rama de las Fuerzas Armadas	
☐ Army	☐ Space Force
☐ Air Force	☐ No lo sé
☐ Navy	☐ Prefiero no responder
☐ Marines	☐ Datos no recopilados
☐ Coast Guard	

Estatus de baja	
☐ Honrosa	☐ No caracterizado
☐ General en condiciones honrosas	☐ No lo sé
☐ En condiciones no honrosas	☐ Prefiero no responder
☐ Mala conducta	☐ Datos no recopilados
☐ Deshonrosa	☐ No Aplica

Número de estación VAMC Código de tres dígitos y ubicación del Centro Médico VA	
--	--

Responda estas preguntas solo para el jefe de familia

Se necesita asistencia con la traducción - ¿Necesita ayuda con la traducción de algún idioma?				
☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados



En caso afirmativo: Idioma(s) preferido(s)					
☐ Árabe	☐ Cherokee	☐ Chino (mandarín o cantonés)	☐ Francés o haitiano o cajún	☐ Alemán	☐ Hindi
☐ Japonés	☐ Coreano	☐ Español	☐ Tagalog o filipino	☐ Telugu	☐ Vietnamita
☐ Otro idioma preferido (especifique)			☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder	☐ Datos no recopilados

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 2
	☐ Región 3
	☐ Región 4
	☐ Región 5
	☐ Región 6
	☐ 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)							/			/			