COHMIS

Formulario de Admisión de OneHome

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CALIDAD DEL SEGURO SOCIAL (SSN por sus siglas en inglés)** | ⎕ SSN completo reportado ⎕ Cliente no sabe⎕ SNN aproximado/parcial reportado ⎕ Cliente prefiere no responder ⎕ Datos no recopilados |
| **NOMBRE DEL CLIENTE** |
| ***Si el hogar tiene otro nombre, agréguelo al alias e incluya entre paréntesis el tipo de nombre (por ejemplo, nombre legal, apodo, nombre de la calle, nombre muerto)******Para apellido y nombre, ingrese el nombre que usa el hogar, incluso si no es el nombre legal.*** |
| Apellido: |  |
| Nombre: |  |
| Segundo Nombre: |  | Sufijo: |  |
| Alias: |  |
| **CALIDAD DEL NOMBRE** | ⎕ Nombre completo reportado ⎕ Cliente no sabe⎕ Parcial, nombre de la calle o nombre ⎕ Cliente prefiere no responderen clave ⎕ Datos no recopilados |
| **FECHA DE NACIMIENTO** (MES/DIA/AÑO) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CALIDAD DE FECHA DE NACIMIENTO** | ⎕ Fecha de nacimiento completa reportada ⎕ Cliente no sabe⎕ Fecha de nacimiento aproximada/ ⎕ Cliente prefiere no responderparcial reportada ⎕ Datos no recopilados |
| **GÉNERO (**seleccione todos los que correspondan**)** |
| ⎕ Mujer (niña si es pequeña)⎕ Hombre (niño si es pequeño)⎕ Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)⎕Transgénero | ⎕No binario/a⎕Cuestionandose⎕Identidad diferente |  |  |  | ⎕Cliente no sabe⎕Cliente prefiere no responder⎕Datos no recopilados |
| Si es diferente, especifique:  |
| **PRONOMBRES DEL CLIENTE** |
| ⎕ ella⎕ él | ⎕Elle⎕Cliente no sabe |  |  | ⎕Cliente prefiere no responder⎕Datos no recopilados |  | ⎕Otros pronombres:  |
| **RAZA/ETNICIDAD** *(seleccione todas las que correspondan)* |
| * Indio americano/a, nativo de Alaska o indígena
* Asiático americano/a
* Negro afroamericano/a o africano/a
 | * Hispano/ Latino/a/e/o
* Medio Oriente o Norte de África
* Nativo hawaiano/a o de las islas del pacifico
* Blanco/a
 |  | * Cliente no sabe
* Cliente prefiere no responder
* Datos no recopilados
 |
| Detalles adicionales de raza y origen étnico (opcional):  |

|  |
| --- |
| **ESTATUS DE VETERANO** |
| * Si\*
* No

\* En caso afirmativo, complete las **Preguntas complementarias para veteranos** | * Cliente no sabe
* Cliente prefiere no contestar
* Datos no recopilados
 |
| **RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR** |
| * Yo (jefe de familia)
* Hijo/a del jefe de familia
* Cónyuge o pareja del jefe de hogar
 | * Otro familiar del jefe de hogar
* Otro: miembro no relacionado
 |

|  |
| --- |
| **¿Tiene el hogar los siguientes DOCUMENTOS VITALES? SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.** |
| ⎕ Identificación con fotografía emitida por el gobierno de EE. UU ⎕Cliente no sabe ⎕ Acta de nacimiento, tarjeta de residencia o trámites de naturalización de EE. UU. ⎕Cliente prefiere no responder⎕ Tarjeta de seguro Social ⎕Datos no recolectados |
| Proveedor: escanee y cargue documentos vitales en la pestaña Archivo del perfil del cliente en HMIS (Sistema de información de gestión de personas sin hogar) (si el cliente da su consentimiento). |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROYECTO** |  |
| **FECHA DE INICIO DEL PROYECTO (mes/día/año)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **¿Necesita asistencia de traducción?** | ⎕ No⎕ Si |  |  |  |  |  |  |  |  | ⎕Cliente no sabe⎕Cliente prefiere no responder⎕Datos no recopilados |
| **Idioma(s) preferido(s)** | Especifique idioma(s): ⎕Cliente no sabe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⎕Cliente prefiere no responder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⎕Datos no recopilados |
| **¿Se siente inseguro en su situación de vida actual o huye de la violencia doméstica?** | ⎕ No⎕ Si |  |  |  |  |  |  |  |  | ⎕Cliente no sabe ⎕Clientes prefiere no responder⎕Datos no recopilados |
| *¡PARE! SI LA PERSONA RESPONDE SÍ, PREGUNTE SI ESTÁ DISPUESTO A EXPLORAR REFERENCIAS DE UN PROVEEDOR DE SERVICIOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA. PROGRAMAS DV (VIOLENCIA DOMESTICA) POR CONDADO HTTP://CCADV.ORG/FINDHELP/PROGRAMS-BY-COUNTY/ O LÍNEA DIRECTA NACIONAL DE VIOLENCIA DOMÉSTICA 1-800-799-7233* [*HTTP://WWW.THEHOTLINE.ORG/*](http://WWW.THEHOTLINE.ORG/)*. SI RECHAZAN LOS SERVICIOS DE VIOLENCIA DOMESTICA CONTINUE CON LA ADMISIÓN DE ONEHOME.*Sección de situación de personas sin hogar |
| **¿Alguna vez el cliente ha experimentado la falta de vivienda?** | ⎕ No⎕ Si |  |  |  |  |  |  |  |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| *\*Si esta es la primera vez que el cliente se encuentra sin hogar: No complete la Evaluación Estándar EC de OneHome hasta que el cliente haya experimentado 2 o más semanas sin hogar.* |
| **SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR (¿Dónde durmió el cliente la noche antes de ingresar a este proyecto?) ELIJA SÓLO 1 CATEGORÍA DE SITUACIÓN (sin hogar, institucional o temporal/permanente) Y COMPLETE ESA SECCIÓN** |
| **SITUACIÓN SIN HOGAR** |
| ⎕ Lugar no destinado a la habitación humana (vehículo, en cualquier lugar del exterior)⎕ Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con vale de refugio de emergencia o casa anfitriona financiada por RHY⎕ Refugio seguro |
| **DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR** *(¿Cuánto tiempo permaneció el cliente en esa situación?)* |
| ⎕ Una noche o menos⎕ De dos a seis noches⎕ Una semana o más, pero menos de un mes. | ⎕ Un mes o más, pero menos de 90 días.⎕ 90 días o más, pero menos de un año.⎕ Un año o más | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| **Fecha aproximada en que comenzó ESTE EPISODIO de personas sin hogar:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MES** |  |  |  |  | **DIA** |  |  |  |  |  |  | **AÑO** |  |  |
| **Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES o SH en los últimos tres años, incluido hoy** *(Independientemente de dónde se quedaron anoche)* |
| ⎕ Una vez⎕ Dos Veces | ⎕ Tres Veces⎕ Cuatro o mas veces |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber |  | ⎕ Datos no recopilados |  |
| **Número total de meses sin hogar en la calle, en ES o SH en los últimos tres años** |
| * Un mes (primer mes)
* Dos meses
* Tres meses
* Cuatro meses
 | * Cinco meses
* Seis meses
* Siete meses
* Ocho meses
 |  | * Nueve meses
* Diez meses
* Once meses
* Doce meses
 |  |  | * Más de 12 meses
* Cliente no sabe
* Cliente prefiere no responder
* Datos no recopilados
 |



*Fin de Sección*

I Sección de Situación Institucional

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SITUACIÓN INSTITUCIONAL** |
| ⎕ Hogar de acogida o hogar de acogida grupal⎕ Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico⎕ Cárcel, prisión o centro de detención juvenil | ⎕ Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos⎕ Hospital u otro centro psiquiátrico⎕ Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación |
| **DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR** *(¿Cuánto tiempo permaneció el cliente en esa situación?)* |
| ⎕Una noche o menos⎕De dos a seis noches⎕Una semana o más, pero menos de un mes. | ⎕Un mes o más, pero menos de 90 días.⎕90 días o más, pero menos de un año.⎕Un año o más |  ⎕Cliente no sabe ⎕Cliente prefiere no responder ⎕Datos no recopilados |
| **¿Duración de la estancia menos de 90 días?** *(Indique si la estadía del cliente en el ámbito Institucional, donde permaneció anoche/antes del ingreso al proyecto, fue menor a 90 días)* | ⎕ No⎕ Si\* |
| **\*Si respondió SÍ a la pregunta anterior, continúe. Si NO, deténgase aquí.****La noche antes de que el cliente ingresara a la situación de vivienda institucional, ¿se encontraban en una situación sin hogar?***(refugio de emergencia, lugar no destinado a habitación o refugio seguro)?* | ⎕No⎕Si\* |
| **\*Si respondió SÍ a la pregunta anterior, continúe. Si NO, deténgase aquí.** |
| **Fecha aproximada ESTE EPISODIO****de personas sin hogar comenzó:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MES** |  |  | **DIA** |  |  |  | **AÑO** |  |
| **Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES o SH en los últimos tres años, incluido hoy** *(Independientemente de dónde se quedaron anoche)* |
| ⎕ Una vez⎕ Dos veces | ⎕Tres veces⎕Cuatro o mas veces | ⎕Cliente no sabe⎕Cliente prefiere no responder |  | ⎕Datos no recopilados |  |
| **Número total de meses sin hogar en la calle, en ES o SH en los últimos tres años** |
| ⎕Un mes (primer mes)⎕Dos meses⎕Tres meses⎕Cuatro meses | ⎕Cinco meses⎕Seis meses⎕Siete meses⎕Ocho meses | ⎕Nueve meses⎕Diez meses⎕Once meses⎕Doce meses | ⎕Mas de doce meses⎕Cliente no sabe⎕Cliente prefiere no responder⎕Datos no recopilados |
| *Fin de Sección* |

|  |
| --- |
| **SITUACIONES DE VIVIENDA TEMPORAL Y PERMANENTE** |
| ⎕ Vivienda de transición para personas sin hogar. Si es alquiler con subsidio, especifique que tipo(incluido Jóvenes sin hogar) ⎕Subsidio GPD TIP⎕ Proyecto residencial o casa de transición sin criterios ⎕Subsidio de vivienda VASH para personas sin hogar ⎕RRH o subvención equivalente⎕ Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia ⎕Vale HCV (basado en inquilino o proyecto) ⎕Unidad de vivienda pública⎕ Hogar Anfitrión (no de crisis) ⎕Vale de vivienda de emergencia⎕ Quedarse o vivir en la habitación, apartamento  o casa de un amigo ⎕ Bono Programa de Unificación Familiar (FUP)⎕ Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa ⎕Iniciativa de jóvenes de crianza a la independencia de un miembro de la familia ⎕Vivienda de apoyo permanente ⎕Otro subsidio de vivienda en curso⎕ Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso ⎕ Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda en curso\* ⎕Otras viviendas permanentes dedicadas a personas  que anteriormente estaban sin hogar |
| ⎕ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso⎕ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recolectados |
| **DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR** *(¿Cuánto tiempo permaneció el cliente en esa situación?)* |
| ⎕ Una noche o menos⎕ De dos a seis noches⎕ Una semana o más, pero menos de un mes. | ⎕ Un mes o más, pero menos de 90 días.⎕ 90 días o más, pero menos de un año.⎕ Un año o más | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| **¿Duración de la estancia menos de 7 días?** *(Indique si la estadía del cliente en el entorno de vivienda de transición/permanente, donde permaneció anoche/antes de ingresar al proyecto, fue inferior a 7 días)* | ⎕No⎕Si\* |
| **\*Si respondió SÍ a la pregunta anterior, continúe. Si NO, deténgase aquí.****La noche antes de que el cliente ingresara a la situación de vivienda transitoria o permanente, ¿se encontraba en una situación sin hogar?***(refugio de emergencia, lugar no destinado a habitación o refugio seguro)?* | ⎕No⎕Si\* |
| **\*Si respondió SÍ a la pregunta anterior, continúe. Si NO, deténgase aquí.** |
| **Fecha aproximada en que comenzó ESTE EPISODIO de personas sin hogar:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MES** |  |  | **DIA** |  |  |  | **AÑO** |  |
| **Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES o SH en los últimos tres años, incluido hoy***(Independientemente de dónde se quedaron anoche)* |
| ⎕ Una vez⎕ Dos veces | ⎕ Tres veces⎕ Cuatro o mas veces | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder | ⎕ Datos no recopilados |  |
| **Número total de meses sin hogar en la calle, en ES (refugios de emergencia) o SH\* (Refugio de seguridad) en los últimos tres años** |
| ⎕ Un mes (primer mes)⎕ Dos meses⎕ Tres meses⎕ Cuatro meses | ⎕ Cinco meses⎕ Seis meses⎕ Siete meses⎕ Ocho meses | ⎕ Nueve meses⎕ Diez meses⎕ Once meses⎕ Doce meses | ⎕ Más de 12 meses⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| *Fin de sección* |



Sección de Situación Temporal/Permanente

|  |  |
| --- | --- |
| **En su vida, ¿cuántos meses en total ha pasado viviendo en las calles, en refugios, viviendas de transición o en un lugar no destinado a la habitación humana?** |  |
| **Condición de Discapacidad** |
| ⎕ No⎕ Si |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| **Discapacidad física** |
| ⎕ No⎕ Si\* |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| \*Si responde **SÍ** por discapacidad físicaSe espera que tenga una duración prolongada e indefinida y¿Afecta sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente? | ⎕ No⎕ Si | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| **Discapacidad de Desarrollo** |
| ⎕ No⎕ Si |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| **Condición de Salud Crónica** |
| ⎕ No⎕ Si\* |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| \*Si la respuesta es **SÍ** para una condición de salud crónicaSe espera que tenga una duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente? | ⎕ No⎕ Si | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| **VIH/SIDA** |
| ⎕ No⎕ Si |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| **Trastorno de salud mental** |
| ⎕ No⎕ Si\* |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| \*En caso **afirmativo**, para trastorno de salud mentalSe espera que tenga una duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente? | * No
* Si
 | * Cliente no sabe
* Cliente prefiere no saber
* Datos no recopilados
 |
| **Trastorno por uso de sustancias** |
| ⎕ No⎕ Trastorno por consumo de alcohol\*⎕ Trastorno por consumo de drogas\*⎕ Trastorno por consumo de alcohol y drogas\* |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| \*Si responde **SÍ** al trastorno por uso de sustanciasSe espera que tenga una duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente? | ⎕ No⎕ Si | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |

|  |
| --- |
| **SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA** |
| ⎕ No⎕ Si\* |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| **\*Si contestó SÍ a la respuesta de Sobreviviente de violencia doméstica** |
| ¿Cuándo ocurrió esta experiencia? | ⎕ En los últimos tres meses⎕ De tres a seis meses (excluyendo seis meses exactamente)⎕ De hace seis a doce meses (excluyendo un año exactamente)⎕ Hace más de un año | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| ¿Estás huyendo actualmente? | ⎕ No⎕ Si | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |

|  |
| --- |
| **INGRESOS EN EFECTIVO PARA INDIVIDUOS** |
| **¿Ingresos de cualquier fuente?** | ⎕ No⎕ Si\* | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| **\*Si responde SÍ a ingresos de cualquier fuente: indique todas las fuentes que correspondan** |
|  **Fuente de ingresos (Marque todo lo que corresponda)** | **Cantidad mensual** |
| ⎕ Ingreso del trabajo (es decir, ingreso laboral) |  |
| ⎕ Seguro de desempleo |  |
| ⎕ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) |  |
| ⎕ Seguro de Incapacidad 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 invalidez |  |
| ⎕ Compensación de trabajadores |  |
| ⎕ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) |  |
| ⎕ Asistencia General (GA) |  |
| ⎕ Ingresos de jubilación del Seguro Social |  |
| ⎕ Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior |  |
| ⎕ Manutención de los hijos |  |
| ⎕ Pensión alimenticia y otros alimentos conyugales |  |
| ⎕ Otros ingresos en efectivo (especifique: ) |  |
| **Monto Total Mensual** |  |

|  |
| --- |
| **BENEFICIOS NO EFECTIVOS** |
| **¿Recibe beneficios no monetarios?** | ⎕ No⎕ Si\* | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| **\*Si responde SÍ a recibir beneficios no monetarios: indique todas las fuentes que correspondan** |
| ⎕ Programa de asistencia nutricional suplementaria⎕ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)⎕ Servicios de cuidado infantil TANF | ⎕ Servicios de transporte TANF⎕ Otros servicios financiados por TANF⎕ Otro beneficio no monetario (Especificar fuente: ) |
| **SEGURO DE SALUD** |
| **¿Está cubierto por un seguro médico?** | ⎕ No⎕ Si\* | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |
| **\*Si responde SÍ a Cubierto por seguro médico: indique todas las fuentes que correspondan** |
| ⎕ Medicaid⎕ Medicare⎕ Programa estatal de seguro médico para niños⎕ Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA)⎕ Seguro médico proporcionado por el empleador | ⎕ Seguro médico obtenido a través de COBRA⎕ Seguro médico de pago privado⎕ Seguro Estatal de Salud para Adultos⎕ Programa de servicios de salud indios⎕ Otro seguro médico (Especifique fuente: ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Le gustaría compartir las razones o factores que cree que contribuyeron a su falta de vivienda?** | ⎕ No | ⎕ Si\* |
| **\*En caso afirmativo, indique todos los motivos que se aplican.** |
| ⎕ Abuso o violencia en mi hogar⎕ Problemas de consumo de alcohol o sustancias.⎕ Se le pidió que se fuera o lo desalojaron⎕ Mal crédito⎕ Elección del cliente⎕ COVID-19⎕ Condiciones inhabilitantes⎕ Dado de alta del Sistema de acogida⎕ Liberado de prisión⎕ Enfermedad de un familiar o personal⎕ Barrera del idioma⎕ Problemas legales | ⎕ Perdió un trabajo, no pudo encontrar trabajo⎕ Gastos médicos⎕ Condición de salud mental⎕ Se mudó para encontrar trabajo.⎕ Problemas con los beneficios públicos.⎕ Trastorno de estrés postraumático⎕ Razones relacionadas con mi raza o etnia⎕ Razones relacionadas con mi orientación sexual o género⎕ Problemas de relación o ruptura familiar⎕ Lesión cerebral traumática⎕ No poder pagar el alquiler o la hipoteca⎕ No puedo pagar los servicios públicos⎕ Otro |
| **ORIENTACIÓN SEXUAL** |
| ⎕ Heterosexual⎕ Homosexual⎕ Lesbiana | ⎕ Bisexual⎕ Cuestionando/Inseguro⎕ Otro | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| En otro caso, por favor especifica:  |
|  |

|  |
| --- |
| **PREFERENCIAS Y ELEGIBILIDAD DE VIVIENDA DE ONEHOME** |
| **¿En qué condado estarías dispuesto a vivir? (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)** |
| ⎕ Cualquier | ⎕ Boulder County ⎕ City of Boulder ⎕ Longmont ⎕ Rural/Montañas ⎕ Sin preferencias ⎕Otra (especificar):  | ⎕ Denver County⎕ Douglas County⎕ Jefferson County⎕ Rural/Montañas⎕ Sin preferencias ⎕ Otra (especificar):  | ⎕ Cliente no sabe |
| ⎕ Adams County  | ⎕ Cliente prefiere no responder |
| ⎕ Arapahoe County | ⎕ Datos no recopilados |
| ⎕ Broomfield County |  |
| **¿Hay algún vecindario o ciudad en el que definitivamente no vivirías incluso si fuera la única opción de vivienda disponible?** |  |
| **¿Tiene otras necesidades de vivienda que respaldarán su éxito? (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)** |
| ⎕Fumadores⎕ Accesible para sillas de ruedas (ducha adaptada para silla de ruedas, sin escalones, barras de apoyo, etc.)⎕ Ascensor | ⎕ Puede hacer un máximo de 1 a 3 pasos (es decir, repisa o escalón para ingresar a la unidad)⎕ Dormitorio adicional para cuidados internos⎕ Animal de servicio documentado⎕ Animal de apoyo emocional documentado⎕ Otra mascota | ⎕ Otro: ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| **Marque a continuación los tipos de vivienda que le interesarían. Explique los tipos de vivienda disponibles para garantizar la comprensión, no dé por sentado. Seleccione todas las que correspondan.** |
| ⎕ Basado en proyectos (el apoyo generalmente está disponible en el sitio, el subsidio está vinculado a unidades particulares y no viaja con inquilinos individuales)⎕ Sitio disperso/basado en inquilinos (el recurso de vivienda está conectado a la persona y la unidad se encontrará en el mercado de viviendas; puede haber flexibilidad con antecedentes penales y crediticios)⎕ Vida sobria (requisitos de sobriedad vigentes)⎕ Programa de trabajo (apoyos laborales integrados y a menudo requeridos)⎕ Ocupación de habitación individual (SRO por sus siglas en inglés) (como un hotel/dormitorio, sin cocina individual)⎕ Otro: ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| **¿Existen barreras en materia de vivienda, como antecedentes penales, fabricación de metanfetamina, incendios provocados, delitos sexuales, delitos graves violentos en el último año, delitos menores en los últimos 3 años, delitos graves en los últimos 5 años?** |  |
| **¿Le debe dinero a lo siguiente (marque todo lo que corresponda):** |
| ⎕ Deuda anterior del propietario⎕ Deuda de servicios públicos pasada⎕ Agencia de Cobranza en Alquiler |  | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |
| *Proveedores: En caso afirmativo, apoye al hogar para obtener un plan de pago, ya que puede ser necesario para la vivienda.* |
| **¿Tiene el hogar algún desalojo?** |
| ⎕ Sí, menos de 1 año. |  |  | ⎕ No |
| ⎕ Sí, entre 1 y 7 años. | ⎕ Cliente no sabe |
| ⎕ Sí, más de 7 años. | ⎕ Cliente prefiere no responder⎕ Datos no recopilados |

 **¿Recibe servicios en Aurora?**

|  |  |
| --- | --- |
| ⎕ No⎕ Si\* | ⎕ Cliente no sabe⎕ Cliente prefiere no saber⎕ Datos no recopilados |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO (Opcional: ingresado en la pestaña Contactos) Mensaje de trabajo personal |
| **Número de teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRECCION**(Opcional: ingresada en la pestaña de ubicaciones) | ⎕ Dirección actual ⎕ Última dirección permanente ⎕ Dirección postal |
| **Calle** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Estado** |  | **Código postal** |  |



Firma del solicitante que indica que toda la información es verdadera y correcta. Fecha