A logo of a house  Description automatically generatedCOHMIS

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 responder  en 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 responder  parcial 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 física  Se 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 crónica  Se 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 mental  Se 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 sustancias  Se 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** |  |

ShapeShape

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