

Condado de Santa Bárbara

Admisión Estándar de HMIS – ADULTO

Este formulario está diseñado para completarse mientras se entrevista a un cliente:

- Complete un formulario de Admisión Estándar-Adulto por separado para **cada adulto** del hogar
- Complete un formulario de Admisión Estándar-Niño por separado para **cada niño** del hogar

HMIS # _____

CM Name: _____

Project Entry Date: ____/____/____

Información del Hogar

El cliente es ☐ Adulto Solo ☐ Adulto en un Hogar

Si se marca "Adulto en un Hogar": ¿Es usted el Jefe del Hogar (JdH)? ☐ Sí ☐ No

Si responde No, Nombre del JdH: _____

Relación con el Jefe del Hogar (JdH):

- ☐ Yo mismo (Jefe del Hogar) ☐ Hijo menor del jefe del hogar ☐ Cónyuge o pareja del jefe del hogar
- ☐ Otro: miembro con parentesco ☐ Otro: miembro sin parentesco

¿Cuántos adultos (18+) hay en el hogar? _____ ¿Cuántos menores de edad hay en el hogar? _____

Perfil del Cliente

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Recopile los 9 números o solo los últimos 4
Si el cliente no sabe o prefiere no responder,
ingrese 000-00-0000

Las preguntas sobre el **estado de veterano** están en la página 2

Datos Demográficos del Cliente

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sexo (sexo biológico asignado al nacer – véase el nuevo elemento de datos de HUD 4.21 para más detalles)

- ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Género

- ☐ Mujer (niña, si es menor) ☐ Culturalmente Específico ☐ No Binario ☐ Cuestionándose
- ☐ Hombre (niño, si es menor) ☐ Transgénero ☐ Identidad Diferente, Especifique: _____
- ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Raza y Etnia (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Indígena Americano, Nativo de Alaska o Indígena ☐ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
- ☐ Asiático o Asiático-Americano ☐ Blanco
- ☐ Negro, Afroamericano o Africano ☐ El cliente no sabe
- ☐ Hispano/Latina/o ☐ El cliente prefiere no responder
- ☐ Medio Oriente o Norte de África ☐ Datos no recopilados

Detalles Adicionales de Raza y Etnia (Opcional) _____

Fecha de Mudanza a la Vivienda: ____/____/____

Fecha de Mudanza a la Vivienda: Ingrese la fecha en que el cliente se muda a una vivienda permanente. Deje en blanco hasta la mudanza.

Información del Veterano

¿Veterano de las Fuerzas Armadas de EE. UU.?

☐ Sí* ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

**Si el cliente es Veterano de EE. UU., complete lo siguiente; de lo contrario, pase a la página siguiente.*

Año de Ingreso al Servicio Militar (Año) _____ Separación (Año) _____

¿Participó el cliente en alguno de los siguientes teatros de operaciones?

Segunda Guerra Mundial ☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Guerra de Corea ☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Guerra de Vietnam ☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Afganistán ☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Irak (Libertad Iraquí) ☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Irak (Nuevo Amanecer) ☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Otras Operaciones ☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Rama Militar

☐ Ejército (Army) ☐ Fuerza Aérea (Air Force) ☐ Marina (Navy) ☐ Infantería de Marina (Marines)

☐ Guardia Costera (Coast Guard) ☐ Fuerza Espacial (Space Force)

☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Estado de Baja (Discharge Status)

☐ Honorable ☐ El cliente no sabe

☐ General bajo condiciones honorables ☐ El cliente prefiere no responder

☐ Bajo condiciones distintas a las honorables (OTH) ☐ Datos no recopilados

☐ Mala Conducta (Bad Conduct)

☐ Dishonrosa (Dishonorable)

☐ Sin caracterizar (Uncharacterized)

Situación de Vivienda Anterior

Tipo de Residencia – ¿Dónde se quedó el cliente anoche?

Dormir en sofás ajenos (“couch-surfing”) no es una opción de HUD. Seleccione la situación de vivienda temporal apropiada para los clientes en esa situación.

Situación de Indigencia (Sin Hogar)

- ☐ Lugar no apto para habitación (p. ej., vehículo, edificio abandonado, autobús/tren/metro/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)
- ☐ Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, refugio de Hogar Anfitrión
- ☐ Refugio Seguro (Safe Haven)

Entorno Institucional — ¿Se quedó menos de 90 días? ☐ Sí ☐ No

- ☐ Hogar de crianza temporal u hogar grupal de crianza temporal
- ☐ Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- ☐ Cárcel, prisión o centro de detención juvenil
- ☐ Centro de cuidado a largo plazo u hogar de ancianos
- ☐ Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- ☐ Centro de tratamiento de abuso de sustancias o de desintoxicación

Situación de Vivienda Temporal — ¿Se quedó menos de 7 días? ☐ Sí ☐ No

- ☐ Vivienda de transición para personas sin hogar (incluye jóvenes)
- ☐ Proyecto residencial o casa de transición, sin criterios de indigencia
- ☐ Hotel o motel pagado sin un vale de refugio de emergencia
- ☐ Hogar Anfitrión (sin crisis)
- ☐ Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un familiar
- ☐ Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo

Situación de Vivienda Permanente — ¿Se quedó menos de 7 días? ☐ Sí ☐ No

- | | |
|---|---|
| ☐ Alquiler por el cliente, sin subsidio de vivienda continuo | ☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda continuo |
| ☐ Alquiler por el cliente, con subsidio de vivienda continuo* | ☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda continuo |

***Si es alquiler por el cliente con subsidio de vivienda continuo, especifique el subsidio:**

- | | |
|--|--|
| ☐ Subsidio de vivienda GPD TIP
☐ Subsidio de vivienda VASH
☐ Subsidio RRH o equivalente
☐ Vale HCV (basado en inquilino o proyecto, no dedicado)
☐ Unidad de vivienda pública | ☐ Vale de Estabilidad de Vivienda
☐ Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP)
☐ Iniciativa Foster Youth to Independence (FYI)
☐ Vivienda de Apoyo Permanente
☐ Otra vivienda permanente dedicada a personas anteriormente sin hogar |
|--|--|
- ☐ Alquiler por el cliente, con otro subsidio de vivienda continuo

Otra situación de vivienda

- ☐ Otro ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Si respondió “Sí” a alguna de las preguntas “¿Se quedó menos de X días?”,

la noche anterior, ¿se quedó en la calle, en un Refugio de Emergencia (ES) o en un Refugio Seguro (SH)?

- ☐ Sí ☐ No

Duración de la Estadía en la Situación de Vivienda Seleccionada

- | | |
|--|---|
| ☐ 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
☐ El cliente no sabe
☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados |
|--|---|

Fecha Aproximada en que comenzó ESTE EPISODIO de indigencia _____ / _____ / _____

Situación de Vivienda Anterior – Continuación

Independientemente de dónde se quedó el cliente anoche, ¿cuántas veces ha estado el cliente en la calle, en un Refugio de Emergencia o en un Refugio Seguro en los últimos tres años, incluido hoy?

- | | |
|---|---|
| ☐ Una vez | ☐ Cuatro veces o más |
| ☐ Dos veces | ☐ El cliente no sabe |
| ☐ Tres veces | ☐ El cliente prefiere no responder |
| ☐ Datos no recopilados | |

¿Cuál es el número total de meses que el cliente ha estado sin hogar en la calle, en ES o SH en los últimos tres años? (Este es el total acumulado de meses de todos los episodios de indigencia)

- ☐ 1 Mes (este es el 1er mes) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12
- ☐ Más de 12 meses ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Historial de Residencia

¿Dónde quedó sin hogar por primera vez?

- ☐ Condado de Santa Bárbara ☐ Condado de Ventura ☐ Condado de San Luis Obispo ☐ Condado de Kern
- ☐ Otro lugar de CA ☐ Fuera del Estado ☐ Datos no recopilados

¿Dónde estaba su domicilio permanente más reciente?

- ☐ Condado de Santa Bárbara ☐ Condado de Ventura ☐ Condado de San Luis Obispo ☐ Condado de Kern
- ☐ Otro lugar de CA ☐ Fuera del Estado ☐ Datos no recopilados

¿Cuánto tiempo ha vivido en el Condado de Santa Bárbara?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ 1 día – 30 días | ☐ 6 meses – 1 año | ☐ 5 años – 10 años | ☐ La mayor parte de la vida |
| ☐ 31 días – 6 meses | ☐ 1 año – 5 años | ☐ Más de 10 años | ☐ Se negó a responder |
| ☐ Datos no recopilados | | | |

¿Qué lo trajo al Condado de Santa Bárbara?

- | | |
|--|---|
| ☐ Por un trabajo / buscando empleo | ☐ Estaba de viaje/visita y se quedó aquí |
| ☐ Familia/amigos están aquí | ☐ Acceder a servicios para personas sin hogar y/o beneficios |
| ☐ Desastre natural | ☐ Creció en el Condado de Santa Bárbara |
| ☐ Aceptación LGBTQ | ☐ Otro |
| ☐ Acceder a servicios o clínicas de la VA | ☐ Datos no recopilados |

¿Cuál es su situación laboral actual?

- ☐ Trabajando ☐ Buscando trabajo ☐ No trabaja ni busca trabajo ☐ No puede trabajar
- ☐ Datos no recopilados

Violencia Doméstica

¿Es usted sobreviviente de Violencia Doméstica?

- ☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Si responde Sí, ¿cuándo ocurrió la experiencia?

- ☐ En los últimos 3 meses ☐ Hace 3-6 meses ☐ Hace 6 meses a un año ☐ Hace un año o más
- ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Está huyendo actualmente?

- ☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Ingreso Mensual — Beneficios en Efectivo**¿Ingresos de cualquier fuente? (si responde Sí, marque las fuentes e ingrese los montos)**
☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Fuente de Ingreso	Monto	Fuente de Ingreso	Monto
☐ Pensión alimenticia u otro ingreso conyugal	\$ _____	☐ SSDI (Seguro por Discapacidad)	\$ _____
☐ Manutención de hijos	\$ _____	☐ SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario)	\$ _____
☐ Ingreso del trabajo	\$ _____	☐ TANF	\$ _____
☐ Asistencia General	\$ _____	☐ Seguro de Desempleo	\$ _____
☐ Otro	\$ _____	☐ Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de la VA	\$ _____
☐ Pensión o jubilación de otro empleo	\$ _____	☐ Compensación por Discapacidad relacionada con el Servicio de la VA	\$ _____
☐ Seguro de discapacidad privado	\$ _____	☐ Compensación de Trabajadores	\$ _____
☐ Ingreso de jubilación del Seguro Social	\$ _____		

Beneficios No Monetarios**¿Beneficios no monetarios de cualquier fuente? (si responde Sí, marque el/los tipo(s) de beneficio)**
☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados
Tipo de Beneficio

- ☐
- Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
-
- ☐
- Programa especial de nutrición suplementaria WIC
-
- ☐
- TANF – Servicios de cuidado infantil

Tipo de Beneficio

- ☐
- TANF – Servicios de transporte
-
- ☐
- Otros servicios financiados por TANF
-
- ☐
- Otra Fuente*
-
- *Especifique: _____

Seguro Médico**¿Cubierto por seguro médico? (si responde Sí, marque el/los tipo(s) de seguro)**
☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados
Tipo de Seguro médico

- ☐
- Seguro médico provisto por el empleador
-
- ☐
- Seguro médico obtenido a través de COBRA
-
-
- ☐
- Programa de Servicios de Salud para Indígenas (IHS)
-
- ☐
- Medicare
-
- ☐
- Medicaid (seleccione esto para Medi-Cal)

Tipo de Seguro médico

- ☐
- Plan de salud de pago privado
-
- ☐
- Programa estatal de seguro médico para niños (SCHIP)
-
- ☐
- Seguro médico estatal para adultos
-
- ☐
- Servicios Médicos de la VA
-
- ☐
- Otro Seguro*
-
- *Especifique: _____

Información sobre Discapacidad

¿Tiene el cliente una condición incapacitante? *(si responde Sí, complete las secciones aplicables a continuación)*

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Discapacidad Física

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Es esta condición a largo plazo?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Discapacidad del Desarrollo

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Trastorno por Uso de Sustancias

☐ No ☐ Trastorno por consumo de alcohol ☐ Trastorno por consumo de drogas

☐ Ambos trastornos (alcohol y drogas) ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder

☐ Datos no recopilados

¿Es esta condición a largo plazo?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

VIH/SIDA

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Trastorno de Salud Mental

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Es esta condición a largo plazo?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Condición de Salud Crónica

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Es esta condición a largo plazo?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Situación de Vivienda Actual

Fecha de Información (Fecha de Contacto) _____ / _____ / _____

Tipo de Residencia – ¿Dónde se quedará el cliente ESTA NOCHE?

Nota: Esta sección es diferente de la Situación de Vivienda Anterior, que se refiere a la residencia del cliente inmediatamente antes de la entrada al proyecto.

Situación de Indigencia (Sin Hogar)

☐ Lugar no apto para habitación (p. ej., vehículo, edificio abandonado, autobús/tren/metro/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)

☐ Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, refugio de Hogar Anfitrión
☐ Refugio Seguro (Safe Haven)

Entorno Institucional

☐ Hogar de crianza temporal u hogar grupal de crianza temporal
☐ Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
☐ Cárcel, prisión o centro de detención juvenil

☐ Centro de cuidado a largo plazo u hogar de ancianos
☐ Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
☐ Centro de tratamiento de abuso de sustancias o de desintoxicación

Situación de Vivienda Temporal

☐ Vivienda de transición para personas sin hogar (incluye jóvenes)
☐ Proyecto residencial o casa de transición, sin criterios de indigencia
☐ Hotel o motel pagado sin un vale de refugio de emergencia
☐ Hogar Anfitrión (sin crisis)

Dormir en sofás ajenos ("couch-surfing") no es una opción de HUD. Seleccione la situación de vivienda temporal apropiada para los clientes en esa situación.

☐ Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un familiar
☐ Quedándose o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo

Situación de Vivienda Permanente

☐ Alquiler por el cliente, sin subsidio de vivienda continuo
☐ **Alquiler por el cliente, con subsidio de vivienda continuo***

☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda continuo
☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda continuo

***Si es alquiler por el cliente con subsidio de vivienda continuo, especifique el subsidio:**

☐ Subsidio de vivienda GPD TIP
☐ Subsidio de vivienda VASH
☐ Subsidio RRH o equivalente
☐ Vale HCV (basado en inquilino o proyecto, no dedicado)
☐ Unidad de vivienda pública

☐ Vale de Estabilidad de Vivienda
☐ Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP)
☐ Iniciativa Foster Youth to Independence (FYI)
☐ Vivienda de Apoyo Permanente
☐ Otra vivienda permanente dedicada a personas anteriormente sin hogar

☐ Alquiler por el cliente, con otro subsidio de vivienda continuo

Otra situación de vivienda

☐ Otro – Especifique: _____
☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados
 Situación de vivienda verificada por (nombre del programa) _____

Situación de Vivienda Actual

Esta sección es SOLO para USO DEL PROVEEDOR

¿Tendrá el cliente que abandonar su situación de vivienda actual dentro de 14 días?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Si responde Sí, conteste las siguientes preguntas

¿Se ha identificado una residencia posterior?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Tiene el individuo o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Ha tenido el cliente un contrato de arrendamiento o un interés de propiedad en una vivienda permanente en los últimos 60 días?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Se ha mudado el cliente 2 o más veces en los últimos 60 días?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Detalles de la Ubicación:

Fecha de Vinculación (Date of Engagement)

Refugio de Emergencia, Alcance Callejero (Street Outreach), PATH y Servicios Únicamente(SSO)

Fecha de vinculación ____ / ____ / ____

Programas de Vivienda de Apoyo Permanente Únicamente

Bienestar

El cliente percibe que su vida tiene valor y mérito

- ☐ Totalmente en desacuerdo ☐ Algo en desacuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ Algo de acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

El cliente percibe que tiene apoyo de otras personas que escucharán sus problemas

- ☐ Totalmente en desacuerdo ☐ Algo en desacuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ Algo de acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

El cliente percibe que tiene la capacidad de recuperarse después de tiempos difíciles

- ☐ Totalmente en desacuerdo ☐ Algo en desacuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ Algo de acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

El cliente frecuentemente se siente nervioso, tenso, preocupado, frustrado o con miedo

- ☐ Totalmente en desacuerdo ☐ Algo en desacuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ Algo de acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Salud General

- ☐ Excelente ☐ Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular
☐ Mala ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Asistencia para la Transición (“Moving-On”) Proporcionada: Fecha ____ / ____ / ____

- ☐ Asistencia con la solicitud de vivienda subsidiada
☐ Asistencia financiera para la Transición (p. ej., depósito de seguridad, gastos de mudanza)
☐ Asistencia no financiera para la Transición (p. ej., orientación de vivienda, apoyo de transición)
☐ Referencia/colocación de vivienda
☐ Otro – Especifique: _____

Firmas

Yo, (cliente adulto o Jefe del Hogar) certifico que la información que he proporcionado aquí es verdadera/correcta a mi mejor saber y entender.

Nombre en Letra de Molde del Cliente Firma del Cliente Fecha _____

Nombre en Letra de Molde del Trabajador de Admisión Firma del Trabajador de Admisión Fecha _____