



## Evaluación Estándar de Entrada Coordinada (EC) de OneHome

### Familias

Nombre Completo del Entrevistador \_\_\_\_\_ Agencia del Asesor \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico del Entrevistador \_\_\_\_\_

Teléfono del Entrevistador \_\_\_\_\_

Fecha de Evaluación (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Ubicación de la Evaluación  Oficina  Exteriores

Tipo de Evaluación  Teléfono  Virtual  En Persona

Condado donde se realizó la encuesta:

- Adams  Arapahoe  Boulder  Broomfield  Denver  Douglas  Jefferson  
 Aurora  Tres Ciudades (Littleton, Englewood, Lakewood)

*Entrevistador: Si desea que lo contactemos con respecto a las posibles oportunidades de vivienda de este hogar, agregue su información de contacto en la pestaña Contacto en HMIS (Sistema de información de gestión de personas sin hogar)*

### Guión de apertura

“Mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo para \_\_\_\_\_. Tengo una breve encuesta que me gustaría completar con usted. Las respuestas nos ayudarán a determinar cómo podemos apoyarlo y alojarlo. La mayoría de las preguntas sólo requieren un "sí" o un "no". Algunas preguntas requieren una respuesta de una sola palabra. Seré honesto, algunas preguntas son de naturaleza personal, pero puedes omitirlas o rechazarlas. Si no tiene claro lo que le estoy preguntando, hágamelo saber e intentaré aclararlo. Además, si no estoy seguro de alguna de sus respuestas, le pediré aclaraciones. La información recopilada en esta encuesta se almacenará en una base de datos segura, el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar (HMIS por sus siglas en inglés), con su consentimiento, de modo que solo tendrá que completar esta documentación una vez. Muchas de las agencias de la región metropolitana de Denver son parte de este sistema. Si decide no dar su consentimiento, seguirá siendo elegible para la Entrada Coordinada.

Una última cosa antes de comenzar. He estado haciendo esto el tiempo suficiente para saber que algunas personas me dirán lo que quieren que escuche, en lugar de decirme a mí o incluso a ellos mismos, la verdad. Depende de usted, pero cuanto más honesto sea, mejor podremos descubrir cómo ayudarlo. Así que por favor responda tan honestamente como pueda y se sienta cómodo.

Aún debe trabajar con un administrador de casos para que lo ayude a solicitar vivienda una vez que haya terminado esta encuesta, ya que completarla no es garantía de vivienda”.

## Información Básica

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

### Estructura de la Familia

1. **Tamaño del Hogar: Numero de Adultos (mayores de 18 años)** \_\_\_\_\_.
2. **Cuántos niños menores de 18 años viven actualmente con usted?** \_\_\_\_\_
3. **¿Cuántos niños menores de 18 años no están actualmente con su familia, pero tiene motivos para creer que se unirán a usted cuando obtenga alojamiento?** \_\_\_\_\_

**Si responde "0" a las preguntas 2 y 3, realice la evaluación estándar OneHome EC: adultos solteros o Evaluación estándar OneHome EC: TAY (18-24 años) en su lugar**

4. **¿Hay algún miembro del hogar actualmente embarazada?**

Si  No  Cliente no sabe  Cliente prefiere no responder  Datos no recopilados

Proporcione una lista de la información de sus hijos:

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Identidad de Género

5. **¿De cuántos hijos tiene al menos el 50% de custodia en su hogar?** \_\_\_\_\_

6. **¿Tiene algún caso abierto de servicios de protección infantil??**

Si  No  Cliente no sabe  Cliente prefiere no responder  Datos no recopilados

7. **¿Tiene ya un plan de reunificación para recuperar la custodia de sus hijos o está trabajando en uno con los Servicios de Protección Infantil o un tutor ad litem?**

Si  No  Cliente no sabe  Cliente prefiere no responder  Datos no recopilados

Además del jefe de familia, ¿hay otros adultos (mayores de 18 años) en el hogar con discapacidad?

Si  Cliente no sabe  
 No  Cliente prefiere no responder  
 Datos no recopilados

*Instrucciones del formulario en papel: solo haga esta pregunta si el cliente respondió SÍ a la pregunta anterior.*

¿Hay algún adulto dependiente en el hogar con discapacidad?

Si  Cliente no sabe  
 No  Cliente prefiere no responder  
 Datos no recopilados

**¿Dónde duerme tu familia con más frecuencia? (marque todo lo que corresponda)**

- |                                                                                                                                    |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Al aire libre (calle, parque, campamento o cualquier otro lugar no destinado a la habitación humana       | <input type="checkbox"/> Residencia del Vehículo                                                           |
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia                                                                                     | <input type="checkbox"/> Morel pagado por agencia                                                          |
| <input type="checkbox"/> Couch-surfing/ alojarse con familiares o amigos                                                           | <input type="checkbox"/> Motel pagado por cliente                                                          |
| <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición                                                                                    | <input type="checkbox"/> En una residencia, pero con riesgo de perder la vivienda en los próximos 14 días. |
| <input type="checkbox"/> Institución (cárcel, prisión, desintoxicación, u hospital No esperes que la estancia dure más de 90 días) | <input type="checkbox"/> Otros: Por favor especifique _____                                                |
| <input type="checkbox"/> Cliente no sabe                                                                                           |                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Datos no recopilados                                                                                      | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder                                                     |

**¿Cuánto tiempo ha pasado desde que su familia vivió en una vivienda permanente y estable?**

- |                                              |                                                        |                                               |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de una semana | <input type="checkbox"/> 1 semana a tres meses         | <input type="checkbox"/> 3 a 6 meses          |
| <input type="checkbox"/> 3 años o mas        | <input type="checkbox"/> 3 a 6 años                    | <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 año      |
| <input type="checkbox"/> Cliente no sabe     | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

**En los últimos seis meses, ¿usted o alguien de su familia recibió atención médica en una sala/servicio de urgencias?**

- |                                  |                                        |                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 veces | <input type="checkbox"/> 3 veces       | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe               |
| <input type="checkbox"/> 1 vez   | <input type="checkbox"/> 4 veces       | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> 5 o más veces |                                                        |

**En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted o alguien de su familia ha tomado una ambulancia al hospital?**

- |                                  |                                        |                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 veces | <input type="checkbox"/> 3 veces       | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe               |
| <input type="checkbox"/> 1 vez   | <input type="checkbox"/> 4 veces       | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> 5 o más veces |                                                        |

**En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted o alguien de su familia ha sido hospitalizado como paciente internado?**

- |                                  |                                        |                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 veces | <input type="checkbox"/> 3 veces       | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe               |
| <input type="checkbox"/> 1 vez   | <input type="checkbox"/> 4 veces       | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> 5 o más veces | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados          |

**Cuando está en una vivienda, ¿tiene usted o alguien de su familia algún desafío para bañarse o vestirse, conseguir su propia comida, limpiar su propio espacio, administrar su dinero o tomando decisiones?**

- |                             |                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe               |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
|                             | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados          |

**¿Alguna vez su familia ha tenido que abandonar un apartamento, un programa de refugio u otro lugar donde se alojaba debido a su salud física?**

- |                             |                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe               |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |

**¿Tiene usted o alguien de su familia alguna afección de salud persistente, recurrente, que requiera medicación o que deba recibir atención médica constante?**

- |                             |                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe               |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |

**¿Tiene usted o alguien de su familia alguna discapacidad física que limitaría el tipo de vivienda a la que podría acceder o que le dificultaría vivir de forma independiente porque necesitaría ayuda?**

- |                             |                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe               |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |

**¿El consumo de alcohol o drogas por parte de usted o de alguien de su familia ha afectado su capacidad para obtener/mantener una vivienda o un programa en el que se hospedaba en el pasado?**

- |                             |                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe               |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |

**¿Alguna vez su familia ha tenido problemas para mantener su vivienda o ha perdido un apartamento, un programa de refugio u otro lugar donde se hospedaba debido a:**

**UN PROBLEMA O PREOCUPACIÓN DE SALUD MENTAL?**

- Si
- No
- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder

**UNA LESIÓN EN LA CABEZA PASADA?**

- Si
- No
- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder

**UNA DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE, DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO U OTRO IMPEDIMENTO?**

- Si
- No
- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder

**En los últimos 180 días, ¿algún niño de su familia ha vivido con otros familiares o amigos debido a su situación de falta de vivienda o situación de la vivienda?**

- |                             |                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe               |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
|                             | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados          |

**Las personas que viven con VIH/SIDA pueden ser elegibles para oportunidades de vivienda específicas. ¿Sería esto algo de tu interés?**

- Si
- No

- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder

**¿Alguna vez has estado en un hogar de acogida?**

- Si
- No

- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder
- Datos no recopilados

**¿Ha tenido alguna interacción con el sistema de justicia penal que haya resultado en cargos penales?**

- Si
- No

- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder
- Datos no recopilados

**¿Está usted actualmente en libertad condicional o en probatoria?**

- Si
- No

- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder
- Datos no recopilados

**En caso afirmativo: ¿Está restringido a un determinado condado y, de ser así, cuál? \_\_\_\_\_**

¿Cree que ha sufrido discriminación, por ejemplo, en vivienda, empleo, educación, atención médica, sistema legal penal, servicios financieros o servicios sociales?

- Si
- No

- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder
- Datos no recolectados

**Proveedor:** Ingrese información sobre el mejor método de contacto para que el cliente analice los recursos y oportunidades de vivienda en la pestaña **Contacto en HMIS (Sistema de información de gestión de personas sin hogar)**. Proporcione ubicaciones específicas, números de teléfono, horarios, direcciones de correo electrónico, números de texto, una persona alternativa para contactar, etc.

**[\(Visite Zendesk para obtener materiales de soporte adicionales si es necesario\).](#)**

Cliente, díganos cómo podemos comunicarnos con usted para analizar recursos y oportunidades de vivienda. Proporcione ubicaciones específicas, números de teléfono, horarios, direcciones de correo electrónico, números de texto, una persona alternativa para contactar, etc.

¿Hay alguien más que en su nombre si su teléfono está apagado temporalmente a quien podamos dejarle un mensaje sobre oportunidades de vivienda? (es decir, administrador de casos, amigo, familia, empleador, etc.)

Lugares donde pasa tiempo regularmente y cuándo (es decir, refugio, parque, área de la ciudad, casa de un amigo/familiar, etc.)

---

---

---

---

---

---

---